



« L'accompagnement d'un nourrisson à l'hôpital »



DAMIANO SEBASTIEN
Date de rendu le **22/05/2018**



MEMOIRE DE FIN D'ETUDES

UE 5.6 - S6 Session 1 : analyse de la qualité des données scientifiques et professionnelles

Formateur guidant du TFE : Mme Wagner-Jordi Francine



Note aux lecteurs

« Il s'agit d'un travail personnel et il ne peut faire l'objet d'une publication en tout ou partie sans l'accord de son auteur »

Citations

*« En soins infirmiers, l'expérience habite la tête et la main,
Mais elle demeure sans valeur
Si elle n'implique pas aussi le cœur. »¹*

Margot Phaneuf, inf., Ph.D.

*« On ne voit bien qu'avec le cœur.
L'essentiel est invisible pour les yeux. »²*

Antoine de saint Exupéry

¹ Margot Phaneuf. La recherche en soins infirmiers véhicule d'acquisition des connaissances et moteur d'évolution professionnelle : mission sociale, encadrement et formation. Conférence prononcée à Reims, juin 2011.

² Citation d'Antoine de saint Exupéry, le petit prince, retranscrit par Thierry Piélat dans l'ouvrage intelligence émotionnelle traduit de l'anglais de Daniel Goleman Edition j'ai lu, 2014, p.19

Remerciements

Je tiens à remercier tout d'abord ma directrice de mémoire Madame Wagner-Jordi qui a su me pousser dans mes limites et m'a fait croire en mes capacités.

J'aimerais remercier aussi les professionnels de santé qui ont accepté de m'accorder un peu de leur temps et qui ont pris plaisir à partager leur expérience par rapport à ce sujet.

Je voudrais remercier ensuite, mes amis et ma famille, qui m'ont soutenu tout au long de cette formation, qui ont subi mes doutes, mes angoisses ainsi que mes joies et qui ont cru en moi malgré les difficultés.

Merci à chacun de vous, pour tout ce que vous avez pu m'apporter.

Sommaire

1. <i>Introduction</i> :.....	1
2. <i>Description de la situation professionnelle d'appel, questionnement et question de départ provisoire</i> :.....	2
3. <i>Phase exploratoire</i> :.....	4
3.1. <i>Synthèse de la phase exploratoire théorique</i> :.....	4
3.2. <i>Dispositif de pré-enquête</i> :.....	10
3.3. <i>Analyse de la phase exploratoire pratique et théorique</i> :.....	11
3.4. <i>Question de départ définitive</i>	22
4. <i>Phase conceptuelle</i> :.....	23
4.1. <i>La relation de confiance</i> :.....	23
4.2. <i>La Triade Soignant-Parents-Enfants à l'hôpital</i> :.....	24
5. <i>Hypothèse ou question de recherche</i>	26
6. <i>Conclusion</i> :.....	26
<i>Bibliographie</i> :.....	27
<i>Webographie</i> :.....	29
<i>Annexes</i>	
<i>Résumé / abstract en anglais</i>	

1. Introduction :

Dans le cadre de l'unité d'enseignement 5.6 « analyse de la qualité et traitement des données scientifiques et professionnelles », ma formatrice m'a demandé de choisir et de décrire une situation d'appel. J'ai choisi une situation que j'ai vécue dans un service de pédiatrie. Cette situation consiste en une relation de proximité avec un nourrisson âgé de 6 mois, alors que je n'ai jamais été confronté à cette éventualité. Cette situation m'a intéressé car elle met en avant la notion de proxémie, qui est une distance physique qui s'établit entre deux personnes prises dans des interactions. Contrairement à un service adulte d'où la notion d'espace personnel est une donnée à la fois nécessaire, individuelle et culturelle, car elle permet de protéger l'individu en s'isolant des autres. Je me suis aperçu qu'en pédiatrie, le nourrisson a besoin d'entrer dans l'espace personnel du soignant pour établir un lien social, être rassuré et reconforter. Les distances physiques jouent un rôle fondamental dans le contrôle du contenu et de la qualité des échanges entre l'infirmier et le nourrisson.

Au cours de mon stage en pédiatrie, la relation avec un nourrisson m'a conduit à me questionner sur l'impact du positionnement infirmier et sur le risque d'attachement du fait de la proximité physique en prenant ce petit être dans mes bras. Ce questionnement m'a interrogé sur l'impact des émotions dans la relation soignant-soigné avec un nourrisson et sur le positionnement professionnel adapter au mieux à la situation. L'intérêt professionnel infirmier de ce travail est d'apprendre à se connaître et à gérer ses émotions par l'acquisition de compétences sociales et par une prise de conscience de soi-même face à des situations anxieuses. Cela permettra aussi d'analyser la relation soignant-soigné avec un nourrisson hospitalisé.

A la suite de ce travail, j'ai consulté et emprunté des ouvrages, qui relatent sur les recherches sur le nourrisson hospitalisé, la relation soignant-soigné et le positionnement infirmier, j'ai pu m'appuyer sur des ouvrages qui explicitent la relation de proximité entre l'infirmier et le nourrisson hospitalisé en pédiatrie. Puis, il m'a été demandé de m'entretenir par la suite avec des professionnels de santé sur le sujet choisi et les analyser dans le but d'y intégrer mon intérêt professionnel.

Le choix de ma situation s'est porté sur la pédiatrie, c'est un secteur qui m'étais inconnu. Du fait de mon expérience d'aide-soignant, mon habileté pour m'occuper des adultes en structure médicalisée et de mes qualités personnelles sur la disponibilité, la patience et l'écoute du

patient. Ma curiosité intellectuelle m'a poussée à demander à réaliser un stage dans ce secteur pour dissiper une crainte et découvrir mes capacités à m'occuper d'un enfant.

En début de deuxième année, j'ai eu la chance et la surprise de pouvoir effectuer un stage en Oncologie pédiatrique. A mon arrivée dans le service très spécifique, j'étais stressé à l'idée de découvrir des nourrissons en isolement protecteur avec des dispositifs médicaux dignes d'une réanimation. J'ai été encadré deux jours par un auxiliaire de puéricultures et mes doutes se sont progressivement estompés. J'ai pris conscience de ce que je renvoyai. Je me suis aperçu que j'étais plus fort que ce que j'imaginai. Cette force, je l'ai trouvée dans les sourires des enfants ! Malgré leurs pathologies aussi graves soient-elles, ces enfants respirent le bonheur et nous montrent chaque jour à quel point les petits tracas du quotidien ou les soucis de la vie qui nous semblent horribles sont finalement insignifiants.

Le côté ludique accompagne chaque soin et/ou chaque explication. Il s'adapte à l'âge de chaque enfant. Le jeu et les explications sont souvent associés afin qu'ils comprennent au mieux ce qui va être fait. On peut mimer sur leur propre jouet, en faisant parler leur peluche ou en dessinant.

Cette façon de progresser va d'abord permettre à l'enfant de comprendre et de visualiser ce qui va être fait. Quant aux parents, ils appréhenderont moins celui-ci en comprenant les différentes étapes et gestes qui seront faits à leur enfant.

En pédiatrie, la prise en charge est différente de celle des services de soins adultes. Dans ces services, il faut prendre en soins l'enfant, ses doutes, ses craintes, ses peurs mais sans prendre la place de ses parents. J'ai donc ciblé ma question provisoire sur la place de l'infirmier dans la relation avec le nourrisson à l'hôpital.

2. Description de la situation professionnelle d'appel, questionnement et question de départ provisoire :

Au cours de ma formation en institut de soins infirmiers, j'ai eu l'occasion de rencontrer de nombreuses situations relationnelles, dont une en particulier m'a interpellé. J'ai effectué mon stage dans une unité de soins d'isolement protecteur. J'ai réalisé des soins auprès d'un nourrisson de 6 mois atteint de déficit immunitaire combiné sévère (SCID) associé à une érythrodermie. Cet enfant se trouve dans la phase orale où la succion est source de plaisir et la relation est fusionnelle avec sa mère. Il pèse 7.880 kg pour 67 cm avec un IMC= 17.6 corpulence normale.

Le premier jour de mon stage, j'ai été encadré par un auxiliaire de puériculture pour effectuer une surveillance des paramètres vitaux et un soin de nursing. Au commencement, afin de respecter le protocole d'isolement protecteur, primordial pour éviter à l'enfant une infection opportuniste du fait de son déficit immunitaire, il faut mettre en place un protocole d'isolement protecteur avec une charlotte, un masque, effectuer un lavage des mains et revêtir une surblouse avant d'entrer dans la chambre. En me préparant, j'ai aperçu l'enfant, qui s'est réveillé et ne retrouvant pas sa mère à ses côtés, il s'est mis à pleurer. Les parents de l'enfant vivent à Montpellier et ils alternent à tour de rôle leur garde à l'hôpital.

Devant cette situation, je me suis dirigé vers le nourrisson pour le rassurer et en profiter pour effectuer une surveillance des paramètres vitaux. J'évalue les besoins physiologiques de l'enfant en commençant par le change de protection pour assurer son confort et son hygiène. Puis le nourrisson pleurant toujours, je demande à l'auxiliaire de puériculture de bien vouloir m'apporter un biberon de lait pour voir s'il a faim. En attendant le retour de mon collègue, il m'est apparu naturel de le prendre dans mes bras et de faire des balancements de droite à gauche pour calmer et rassurer le nourrisson. L'enfant avec des yeux grands ouverts, scrute son environnement, puis penche sa tête sur mon épaule pour s'assoupir contre moi. Je me suis alors assis sur le fauteuil pour pouvoir assurer un meilleur confort au nourrisson. C'est à ce moment-là que revient l'auxiliaire de puériculture et il me voit avec l'enfant calme dans mes bras, Il me tend le biberon de lait. Voyant mon aisance à m'occuper du bébé, l'auxiliaire de puériculture m'a demandé si j'avais des enfants. Je lui ai répondu : « non, je n'ai pas d'enfant ». A la fin de son biberon, je l'ai mis contre moi, tapoté doucement dans le dos pour lui permettre de faire un rot. J'ai ressenti un sentiment de fierté et de surprise par rapport à ce qui semblait être une capacité à prendre en charge un nourrisson. N'ayant pas d'enfant dans mon entourage, je ne savais pas si j'étais capable de m'occuper d'un enfant correctement. A ce moment-là, les savoirs manquants pour faire face à cette situation étaient le savoir pratique, acquis avec mon habileté. Puis à l'arrivée de la maman, j'ai su reprendre ma place de soignant en lui confiant son bébé.

Y a-t-il un risque d'attachement à l'enfant par une proximité gestuelle (prendre dans les bras) ? Quelle est la place du soignant dans la relation Parents-Enfant à l'hôpital ? Le soignant peut-il être un obstacle dans la relation Parents-Enfant ? Adapter son positionnement face au risque d'attachement à l'enfant ? L'intervention du soignant permet-il dans le contexte de la maladie

d'aider les parents à prendre du recul, se reposer et à exprimer leur ressenti ? Rassurer le nourrisson sans être délétère dans la relation Parents-Enfant ?

En quoi la relation avec le nourrisson a un impact sur le positionnement infirmier hospitalisé en pédiatrie ?

3. Phase exploratoire :

3.1.Synthèse de la phase exploratoire théorique :

3.1.1. La relation avec le nourrisson :

3.1.1.1. Le nourrisson :

L'âge du nourrisson va de 1 mois à 2 ans et ses besoins spécifiques en tant qu'être humain sont décrits par la pyramide d'Abraham Maslow ; C'est un psychologue américain considéré comme le père de l'approche humaniste et il distingue les besoins physiologiques (respirer, manger, boire, déféquer et dormir), de sécurité, d'appartenance à un groupe, d'estime de soi et de s'accomplir en vue de se réaliser. Les besoins physiologiques et de sécurité sont essentiels pour un nourrisson, car il n'est pas en capacité de les satisfaire de lui-même.

En ce qui concerne des besoins psychologiques, ils s'envisagent dans le cadre d'une recherche de bien-être global, et ils prennent en compte le besoin de sécurité du fait de la fragilité et d'une vigilance constante vis-à-vis du nourrisson. Le nourrisson est un être qui a un mode de communication spécifique. Du fait de l'impossibilité de pouvoir s'exprimer par la parole, il va chercher à se faire comprendre par la communication non verbale pour satisfaire ses besoins personnels. ([Annexe 1 Figure 1](#) et [Annexe 2 Figure 2](#))

3.1.1.2. Les modes de communication :

Dès les premiers mois, le nourrisson accorde de l'attention au visage humain par le déplacement des yeux en réponse à un signal ¹et le déclenchement d'un sourire². C'est une organisation de la pensée qui va permettre d'adapter son comportement à une situation. C'est le premier langage du nourrisson et ces modes de communication sont définis par Sylvie Bradette ³ comme « *un échange, aussi bien verbal que non verbal. Les enfants sont très à l'aise dans la communication non verbale, nous démontrant plus facilement leurs intentions,*

¹ Arnold Lucius Gesell psychologue et pédiatre américain

² « Le déclencheur spécifique du sourire » de Spitz René Arpad psychiatre Autrichien

³ Sylvie Bradette, psychologue et technicienne en organisation scolaire Québécoise, qui a étudiée les besoins et le développement de l'enfant à partir de la pyramide d'Abraham Maslow

leurs besoins, et parfois leurs difficultés dans un geste ou un comportement ». ⁴ La communication du nourrisson passe par des stades du développement qui vont le conduire progressivement vers l'autonomie.

3.1.1.3. *Les stades du développement psychomoteur :*

Dans le développement psychomoteur du nourrisson, il existe trois grands domaines : la motricité, le langage et la socialisation.

Dans l'étude des stades du développement psychomoteur du nourrisson, il y a deux grands auteurs qui ont travaillé dessus. Le premier auteur est Jean Piaget (1954), psychologue Suisse, connu pour ses travaux sur le développement cognitif, le nourrisson est capable d'intelligence par son adaptation au monde extérieur. Il va progressivement commencer à se différencier du monde extérieur par des activités sensorielles, apprendre à coordonner ses membres et à acquérir des réactions réflexes. Ces réflexes vont lui permettre une assimilation et une accommodation avec l'acquisition de capacités de succion, d'imitation, d'exploration visuelle, de changement de posture demi-assise vers la marche et l'utilisation de l'objet comme centre d'intérêt pour attirer l'attention sur lui-même.

Et le second auteur est Henri Wallon, psychologue Français, il a travaillé sur le développement cognitif de l'enfant. Il distingue 3 stades de développement : le premier est une réponse motrice réflexe (0-6mois), le second est une réaction émotionnelle en circuit fermé (6-12mois) et le troisième est l'acquisition de la marche et de la parole (12-24mois).

Ces stades du développement vont permettre au nourrisson d'enrichir ses acquis, de satisfaire ses besoins et à établir un début d'organisation, qui va introduire une routine déterminée par une organisation culturelle (horaires de la toilette, du repas, du change de la couche, etc...) et par une réponse aux besoins organiques primaires du nourrisson. Les besoins physiologiques ou primaires ont une visée de survie tandis que les besoins psychoaffectifs vont permettre au nourrisson d'entrer dans la sociabilité. A partir des besoins du nourrisson, je vais m'intéresser surtout aux répercussions psychologiques et affectives. ([Annexe 1 Figure 1](#) et [Annexe 2 Figure 2](#))

3.1.1.4. *Les besoins du nourrisson :*

3.1.1.4.1. *Les besoins psychologiques :*

Les besoins psychologiques sont des besoins de sécurité qui vont permettre à l'enfant de le rassurer et de le socialiser afin de construire son identité. Daniel N. Stern, professeur de

⁴ La capsule sur le développement de l'enfant - par Sylvie Bradette – psychologue parcours d'enfant

psychologie et psychiatre Américain, à travers son ouvrage « *le monde interpersonnel du nourrisson* », il nous décrit la construction de la personnalité du nourrisson⁵, en la définissant « *comme un ensemble des attributs, des qualités et des caractéristiques qui distinguent les comportements, les pensées et les sentiments des individus.* »⁶ La construction de la personne se fait selon une chronologie ascendante (nourrisson vers âge adulte), elle est influencée, par des facteurs externes et internes, et elle se construit à partir du développement moteur, cognitif et psychoaffectif. Les besoins psychologiques font donc références à un besoin de sécurité pour le nourrisson et dont la charte stipule « *le droit de recevoir une information sur la maladie et les soins, adaptée à leur âge et à leur compréhension, afin de participer aux décisions les concernant* »⁷. Le nourrisson accorde de l'attention au visage humain et à son environnement, qu'il scrute scrupuleusement, impacte ses réactions émotionnelles.

3.1.1.4.2. *Les besoins affectifs et l'attachement :*

Les besoins affectifs sont inhérents à l'être humain. Tout être humain est en capacité d'éprouver des émotions (peur, joie, tristesse et colère). Elles sont définies selon le dictionnaire Le Robert (1993) comme « *un état de conscience complexe, généralement brusque et momentané, accompagné de signes physiologiques.* » Il existe deux types d'émotions : les émotions positives qui mettent en relation l'activité de l'enfant avec un principe de plaisir et les émotions négatives qui sont le reflet de la frustration de l'enfant dans l'insatisfaction de ses besoins. Le nourrisson va chercher à communiquer par le toucher, qui est indispensable dans son développement selon Ashley Montagu, Anthropologue et humaniste Anglais (1971).⁸ A l'hôpital, cette relation par le toucher avec le nourrisson peut avoir une répercussion affective dans la prise en soin. Cette répercussion va créer dans la relation de soin un lien fort à type d'attachement. Cet attachement d'après les premiers travaux de John Bowlby, psychiatre et psychanalyste britannique, supposait que l'émotion provenait du soi, de l'environnement ou de la figure d'attachement. C'est grâce à la collaboration avec Mary Ainsworth, psychologue du développement et élève de John Bowlby, qu'il réalisa la place capitale de l'émotion dans l'organisation et l'expression de l'attachement. Je pourrais ainsi dire que la proximité est un indice externe qui renvoie à un

⁵ « le monde interpersonnel du nourrisson » de Daniel Stern, Edition PUF le fil rouge, presse universitaire de France, 5^e tirage mars 2015, page 26

⁶ Cours UE 1.1 S1 développement de la personne et de la personnalité de Mme Elissalde

⁷ Charte Européenne des enfants hospitalisés- rédigé à Leiden- Pays-Bas 1988 – Point 4 - Annexe 1

⁸ Montagu Ashley, « *la peau et le toucher, un premier langage* », Seuil, Paris, 1979. Traduit de l'américain « *Touching : the humane significance of the skin* », 1971.

état émotionnel subjectif interne. C'est une double notion de proximité et de sécurité qui définit le système d'attachement.

3.1.2. *Cadre hospitalier et le nourrisson :*

L'hôpital est un lieu étranger que le petit enfant découvre souvent pour la première fois et qui est source d'anxiété par son environnement matériel et humain. Depuis 1988 à Leiden (Pays-Bas), la « *Charte de l'enfant hospitalisé a été ratifiée et réaffirme les droits de l'enfant à l'hôpital.* »⁹

Selon Catherine Graindorge définit que « *l'enfant ne représente pas une entité stable, toujours identique, personnifier d'emblée : de « l'infans » (celui qui ne parle pas) à l'adolescence, il se construit, en tissant des liens progressifs avec ses proches et son environnement* »¹⁰. Pour comprendre le nourrisson, il faut s'intéresser à son développement psychique. Le psychisme est influencé par le lien social et culturel. Comme le stipule la charte de l'enfant hospitalisé, « *l'hôpital doit fournir aux enfants un environnement correspondant à leurs besoins physiques, affectifs et éducatifs tant sur le plan de l'équipement que du personnel et de la sécurité.* »¹¹

3.1.3. *Le positionnement infirmier :*

3.1.3.1. *Le rôle infirmier en pédiatrie :*

La profession infirmière est régie par le code de la santé publique relative à l'exercice de la profession art 4311-1. L'exercice de la profession comporte l'analyse, l'organisation, la réalisation de soins infirmiers et leur évaluation, la contribution au recueil de données cliniques et la participation à des actions de prévention, de dépistage, d'éducation à la santé et de formation. Les compétences de l'infirmier se déploient sur deux axes définis par le code de la santé publique, Article L4311-1 : rôle propre et rôle prescrit. L'article R.4311-3 précise le rôle propre infirmier en s'appuyant sur des soins liés à la prévention des risques et à l'accompagnement vers une autonomie du nourrisson à l'âge adulte. L'infirmier spécialisé en service de pédiatrie doit connaître et évaluer les besoins de l'enfant afin d'y répondre à travers des soins pour les satisfaire et prendre en compte les droits et devoirs de l'enfant dans le respect la charte de l'enfant hospitalisé. Mais aussi il doit travailler en collaboration avec les

⁹ Charte Européenne des enfants hospitalisés rédigée à Leiden (Pays-Bas) en 1988 annexe 1

¹⁰ Catherine GRAINDORGE, professeur de psychiatrie de l'enfant à l'adolescence à Paris XI depuis 2001, auteur de l'ouvrage : « Comprendre l'enfant malade : du traumatisme à la restauration psychique », édition Dunod, Paris, 2005, p 6

¹¹ Charte Européenne des enfants hospitalisés- rédigé à Leiden- Pays-Bas 1988 – Point 7 - Annexe 1

parents. La triade parent-enfant-soignant est indissociable dans la relation et la dispensation des soins de confort et de sécurité de l'enfant selon l'article R.4311-5.

3.1.3.2. *Les compétences des infirmières en pédiatrie :*

Les compétences infirmières en pédiatrie sont à la fois en lien avec la professionnalité, qui s'acquière pendant le cursus de formation, et avec la professionnalisation, qui s'acquière au cours d'un processus d'évolution et de construction de son identité professionnelle. Entre la professionnalité et la professionnalisation, l'infirmière a une posture et un positionnement, qui est propre à son savoir être, son savoir-faire, son savoir théorique et son savoir relationnel, issue directement de ses aptitudes et de ses capacités. L'objectif principal des compétences infirmières est d'établir une relation de confiance en prenant en compte la spécificité du nourrisson dans un environnement hospitalier. Pour cela, l'infirmière devra développer une écoute plus active pour analyser les besoins physiologiques et les besoins de sécurité de l'enfant, et d'établir un lien de confiance et de soutien en tentant de répondre à ses besoins perturbés. La formation d'infirmière met l'accent sur l'humain. Car la profession est plus qu'un simple geste technique, elle permet la relation de proximité dans l'accompagnement à l'hôpital des enfants. En service de pédiatrie, l'enfant, l'entourage et les soignants se retrouvent autour d'un soin. Chacun y joue un rôle important et cette relation s'appelle la triade. La triade parent-enfant-soignant est indissociable dans la relation de soin, car l'enfant n'est pas en capacité de prendre des décisions sur sa santé.

3.1.3.3. *La relation entre le soignant, parents et le nourrisson :*

La relation de soin est une relation de proximité entre l'infirmier et le nourrisson. Elle est le lieu de l'expression des émotions à travers le toucher et cela va influencer dans la relation. Une émotion est une sensation. Le psychologue et pédiatre Américain, Gesell Arnold Lucius, suppose dans ses travaux sur la psychologie de l'enfant, que le visage du soignant coloré, mobile et sonore est associé à un ensemble de sensations polysensorielles pour le nourrisson. Afin d'être compétent, l'infirmier doit savoir gérer ses émotions au travers du modèle de Goleman ; « *l'intelligence émotionnelle est une capacité à percevoir, maîtriser et exprimer ses sentiments et ses émotions ainsi que ceux d'autrui*¹². Elle influe sur notre conscience et sur notre relation avec les autres. Elle permet une réflexion éthique sur certaines situations. « *On*

¹² Ouvrage de l'intelligence émotionnelle de Daniel Goleman traduit par Thierry Piélat édition j'ai lu, 2014

ne voit bien qu'avec le cœur. L'essentiel est invisible pour les yeux. »¹³. Ce modèle stipule des compétences, des consciences et du self management à acquérir pour être efficace dans la relation soignant-soigné.

Face à l'impact émotionnel du nourrisson sur le positionnement infirmier telle que la démontrer l'étude de l'institut Emmi Pickler, qui est une pouponnière pour accueillir des enfants orphelin ou abandonné, qui relate que « *les infirmières prennent conscience aussi de l'importance de leurs propres attitudes face aux émotions vives soulevées par les bébés et leurs parents. Mais elles se sentent seules et hésitent à en faire état, risque d'incompétence.* »¹⁴ Cela met en avant la problématique du positionnement infirmier, qui est « *une manière d'être en ayant conscience des enjeux relationnel (...) Le positionnement est sans cesse ajusté. Le primat de l'expérience est la référence principale pour ajuster le positionnement professionnel : c'est à partir de ce que nous voyons, ressentons et analysons dans chaque situation singulière, que nous ajusterons notre positionnement professionnel* »¹⁵. La posture et l'identité professionnelle va se développer et s'enrichir grâce aux relations interprofessionnelles et aux situations plus ou moins difficiles auxquelles nous sommes confrontés dans un but d'évolution de ses savoirs. L'infirmier va ainsi développer une attitude professionnelle d'empathie avec une observation et une attention particulière. Mais pour cela il est essentiel de travailler quotidiennement sur sa capacité de prise de recul sur certaines situations où il pourrait éprouver des difficultés. L'infirmier s'engage dans la relation de soin avec le nourrisson afin d'établir une alliance thérapeutique de qualité. Cependant, cette relation d'aide au niveau des soins propres à l'enfant est étroitement liée à une interaction avec les parents, qui ont une place indissociable et importante dans la relation soignant-soigné.

De plus, Mary Ainsworth nous montre l'importance que peut avoir la relation mère-enfant pour caractériser leur attachement. Elle nous montre que cet attachement se poursuit tout au long de la vie et que parfois, l'enfant devenant adulte répercute ce type d'attachement sur ses propres enfants.

A l'hôpital, l'infirmier en pédiatrie joue un rôle important dans la triade soignant-parent-nourrisson en offrant un soutien psychologique pour aider à soulager les parents face à l'hospitalisation. Car comme le cite Antoine Guedeney, pédopsychiatre, (2010) « *chez celui*

¹³ Citation d'Antoine de saint Exupéry, le petit prince, retranscrit par Thierry Piélat dans l'ouvrage intelligence émotionnelle traduit de l'anglais de Daniel Goleman Edition j'ai lu, 2014, p.19

¹⁴ Le bébé, ses parents, leurs soignants de Myriam David, Édition érès, 2003, Page 12

¹⁵ « Trouver la bonne distance avec l'autre grâce au curseur relationnel » – 2^e édition Catherine Deshayes. P. 10

qui est en position d'aider, la vulnérabilité ou la détresse de l'autre stimule l'envie de protéger, de réconforter, de consoler. »¹⁶ Mais dans le cas de situation anxiogène pour le soignant, cela va engendrer des mécanismes de défense avec une mise en danger du système de « *caregiving* ».

3.2. Dispositif de pré-enquête :

3.2.1. Méthodologie de pré-enquête :

➤ Choix de l'outil :

Dans le cadre de cette étude qualitative, je choisis de faire des entretiens semi-directifs auprès des infirmières en pédiatrie. Cela me permettra de guider l'entretien tout en conservant une souplesse d'adaptation en fonction des réponses. Le but est que les soignants puissent exprimer leur ressenti, leur vécu, leur vérité personnelle, tout en restant dans un certain cadre, à savoir proche du sujet qui nous intéresse. La méthode de l'interview me permettra d'utiliser la reformulation si la personne interrogée, ne comprend pas le sens de ma question ; ce qui est impossible sous forme de questionnaire distribué par exemple. Cependant, l'analyse sera plus complexe à établir du fait de la multitude de réponse que je vais pouvoir réunir, mais cela permettra de faire un parallèle avec l'attitude des infirmiers pendant l'entretien.

Pour favoriser l'entretien avec les infirmiers, il me faudra un lieu calme et une disponibilité des soignants. Ce qui pourrait être un frein à mes entretiens, c'est de le réaliser dans un lieu collectif, avec une ambiance bruyante et des parasitages tels que le dérangement par un tiers et le téléphone.

3.2.2. La population cible :

Pour cette pré-enquête, j'ai choisi d'interroger des infirmiers diplômés d'état qui sont amenés à prendre en charge des nourrissons dans le contexte hospitalier quel que soit leurs expériences et leurs anciennetés pour pouvoir évaluer le lien entre la relation de soin et la professionnalisation. Car la professionnalisation est un cheminement en perpétuelle évolution tout au long de la vie et qui va permettre de construire et de déterminer son positionnement et sa posture infirmière.

3.2.3. Choix du lieu de l'enquête :

¹⁶ Article sur « l'analyse de la relation soignant-bébé et du deuil des soignants en néonatalogie » d'Emilie Fontaine et de Jacqueline Wendland

Les nourrissons sont hospitalisés dans des services de pédiatrie. Donc le choix du lieu de l'enquête me semble qu'il se portera à l'hôpital pour enfant. Je souhaiterais interroger des services différents pour pouvoir analyser l'impact de la relation de proximité avec le nourrisson hospitalisé en pédiatrie en fonction du diagnostic de la pathologie, d'une opération programmée et dans l'urgence. Pour cela, je souhaiterais me diriger vers un service de médecine pédiatrique, un service de chirurgie pédiatrique et un service d'urgence pédiatrique situé dans la région Provence Alpes Cotes D'Azur et Corse.

3.2.4. *Le guide d'entretien :* (ANNEXE 4)

Le guide d'entretien que j'ai réalisé est composé de 2 objectifs comprenant chacun plusieurs questions. Mes questions se basent sur des indicateurs, qui me permettront d'analyser les entretiens. Ainsi, j'ai pu identifier les éléments principaux relatés par des professionnels de santé.¹⁷

3.3. *Analyse de la phase exploratoire pratique et théorique :*

Afin de faire une analyse plus précise de mes entretiens, j'ai décidé, dans un premier temps, d'élaborer un tableau d'analyse (cf. annexe 4) qui me permettra d'en sortir plus rapidement les idées principales, pour ne pas m'égarer dans tout ce qui a pu être dit. J'ai pris la décision de nommer dans le tableau les infirmières par IDE 1, IDE 2, IDE 3 et IDE 4 dans l'ordre où les entretiens ont été réalisés afin que la lecture soit plus claire. Puis, j'en ferai dans un second temps, une analyse qualitative.

3.3.1. *Analyse de mes entretiens :*

Parmi les quatre infirmières interrogées, trois infirmières (IDE 1, IDE 3 et IDE 4) ont été embauchées en pédiatrie dès l'obtention de leur diplôme et l'infirmière (IDE 2) a dix ans d'expérience en tant qu'aide-soignante, trois ans de service « POOL »¹⁸ Adulte / enfant et deux ans en pédiatrie (soit cinq ans d'expérience d'infirmière). Deux infirmières (IDE 1 et IDE 4) ont trois ans d'expérience dans leur service respective et l'infirmière (IDE 3) à six ans d'expérience dans le service. Parmi les trois services concernés, deux infirmières (IDE 2 et IDE 4) proviennent du service de Médecine Chirurgie Obstétrique (MCO) de cardiomyopathie des nourrissons, une infirmière (IDE 1) des urgences pédiatriques et une infirmière (IDE 3) de chirurgie des nourrissons.

¹⁷ Annexe 4 : Guide d'entretien

¹⁸ Annexe 7 : Retranscription entretien n°2

Quand je parle de compétences indispensables d'une infirmière en pédiatrie, les premiers mots qui leur viennent à toutes est beaucoup de patience et d'écoute des parents.

Cependant dans la précision du fond de leurs pensées, pour la première infirmière, les compétences requises en pédiatrie sont d'avoir un bon relationnel avec les enfants, d'aimer les enfants et d'avoir un peu d'expérience en pédiatrie. La seconde infirmière me parle d'empathie, d'être surtout attentif aux besoins de l'enfant et des parents, de renouveler continuellement ses connaissances et à appréhender les choses. Ainsi que de prendre du recul par rapport au travail, car elle ressent le besoin de lâcher prise au quotidien. La troisième infirmière me précise qu'il faut être doux et rigoureux, tandis que la quatrième infirmière me dit qu'il faut pouvoir s'adapter à l'enfant en fonction de son âge.

Quand je leur demande les spécificités de la prise en charge du nourrisson, trois infirmières (IDE 2, IDE 3 et IDE 4) sous entendent comme le nourrisson est un individu qui ne parle pas, il faut se fier à l'observation de son non-verbal et para-verbal, ainsi qu'à l'écoute des parents. La deuxième infirmière parle même de relation de confiance avec les parents et d'instinct personnel, sauf pour les mamans qui ont eu leur premier enfant car elles ont souvent besoin des conseils des professionnels de santé. Et la première infirmière me stipule que le nourrisson « *c'est un être fragile, à manipuler avec délicatesse* »¹⁹, qui l'a besoin de contact et que la relation est basée sur les sens « *le son de la voix, le toucher, le ton de la voix, les cris* »²⁰. Les conditions de prise en charge d'un nourrisson sont une atmosphère calme et il nécessaire de tout expliquer aux parents.

En ce qui concerne les répercussions d'une hospitalisation chez un nourrisson, toutes les infirmières sont d'accord pour dire que l'hôpital perturbe le rythme de vie de l'enfant. Même si l'infirmière 1 ne ressent pas trop de répercussions chez les nourrissons du fait qu'elle travaille aux urgences. Pour elle, les répercussions sont en lien avec l'hospitalisation et les soins au long court sur le nourrisson. Les infirmières 1,3 et 4 pensent que plus l'enfant est petit et moins il va se rendre compte de l'hospitalisation car il n'a pas encore ses repères. Même si l'infirmière 1 sous-entends qu'il y aurait peut-être des répercussions dans l'inconscient, mais en tant que soignant, on ne s'en rend pas forcément compte. Tandis que l'infirmière 2 affirme que, quel que soit son âge, le nourrisson ressent le stress des parents et l'intervention des soignants dans la chambre. Ces répercussions se voient à travers le stress, avec des troubles du sommeil et de l'alimentation, comme cite les infirmières 2,3 et 4. Mais

¹⁹ Annexe 6 : Retranscription entretien n°1

²⁰ Annexe 6 : Retranscription entretien n°1

aussi à travers la mémoire des soins qui va entraîner une appréhension et une phobie de la blouse blanche comme en parlent les infirmières 1 et 4.

Chez les parents, les répercussions d'une hospitalisation vont engendrer du stress, mais cela dépend de plusieurs paramètres. En premier lieu selon la première infirmière, le motif d'hospitalisation et les explications médicales données à la famille peuvent générer du stress et une incompréhension. Les infirmières 3 et 4 rejoignent cette infirmière en rajoutant que cela va dépendre aussi du caractère des parents, « *Si t'es de nature stressé, ça va plus t'impacter que si t'es zen et que tout te glisse ! Ça dépend vraiment...* »²¹, et de l'organisation de la famille (distance et fratrie) vu qu'un seul parent peut rester hospitaliser la nuit.

Les infirmières 2 et 3 m'exposent les différents cas de figures qu'elles ont rencontrées en services. L'infirmière 2 me parle des deux extrêmes entre « *Il y a les parents à qui tu es obligé de faire partir* »²² parce qu'ils ont un sentiment de culpabilité tellement fort qu'ils ne s'alimentent, ne dorment plus et ils ne prennent plus soin d'eux. Elle cite même « *s'il vous plait, allez-vous faire un tour ! il faut là parce que vous êtes au bout et votre enfant est au bout aussi !* »²³. Et d'autres, « *il y a des parents, tu les supplies à rester* »²⁴. Selon l'IDE 2, il y a en a de plus en plus et les médecins font de plus en plus cette menace « *Si vous ne passez pas la nuit avec l'enfant, la sortie est refusée ! Et souvent c'est une déclaration PMI qu'on fait derrière !* ».

L'infirmière 3 me dit que les cas de figures qu'elle a rencontré sont « *ceux qui ne restent pas parce que l'enfant a été transféré directement de la maternité et du coup pour le lien entre la mère et l'enfant est un peu compliqué (...) ils ont du mal à prendre le rythme* »²⁵, puis « *ceux qui ne restent pas quelquefois parce qu'ils ont d'autres enfants et des problèmes d'organisation* »²⁶, et « *les deux parents qui vont faire du forcing pour rester pendant l'hospitalisation.* »²⁷

A l'unanimité pour toutes les infirmières, les parents ont une place d'acteur dans le soin à l'égal de l'infirmier à condition qu'il ait envie d'y participer. Le rôle de l'infirmier en pédiatrie est d'éduquer à la santé et de rendre autonome les parents sur les soins à réaliser sur leur enfant. L'infirmière 1 ajoute qu'« *il faut expliquer avant, pendant et après le déroulement*

²¹ Annexe 9 : Retranscription entretien n°4

²² Annexe 7 : Retranscription entretien n°2

²³ Annexe 7 : Retranscription entretien n°2

²⁴ Annexe 7 : Retranscription entretien n°2

²⁵ Annexe 8 : Retranscription entretien n°3

²⁶ Annexe 8 : Retranscription entretien n°3

²⁷ Annexe 8 : Retranscription entretien n°3

du soin ». ²⁸Selon l'infirmière 3, « *l'infirmier est le lien entre le nourrisson et les parents.* »²⁹. Et selon l'infirmière 4, on travaille en équipe dans l'intérêt de l'enfant. Avec pour exemple, « *Si les parents ne font pas trop de distraction (...) avec l'enfant (...) Ils se focalisent plus sur le soin ! (...) l'auxiliaire de puériculture, soit c'est elle qui prend le relai et qui va dédramatiser la chose (...) soit moi je m'arrête pendant mon soin et je mets une chanson !* »³⁰. Et elle rajoute « *Plus le parent est détendu, plus il va bien distraire l'enfant !* »³¹

De plus l'infirmière 2 m'avertis qu'au niveau du soin « *un parent ne doit pas avoir la place et ce rôle de l'infirmier* »³² parce que c'est une responsabilité énorme et leur rôle de parent suffit surtout pour les enfants atteints de pathologies chroniques au long court.

En ce qui concerne du positionnement infirmier dans la relation de proximité avec un nourrisson, les infirmières 1,3 et 4 m'affirment que c'est l'expérience qui favorise, affine et développe la posture infirmière. Deux d'entre elles (IDE 1 et IDE 3) me dit que la formation nous apprend les bases d'un positionnement classique, alors que l'infirmière 4 me dit que c'est inné et elle cite « *(...) je pense qu'il y a des trucs qu'ils ne peuvent pas trop s'apprendre ! Au niveau de la posture, du savoir être (...)* »³³. Alors que la seconde infirmière a plus du mal à se positionner du fait de son expérience en tant qu'aide-soignante et elle cite « *Je veux garder cette double casquette, mais parfois c'est compliquer (...) ça me frustre parfois de ne pas avoir pu aider les filles. J'ai du mal à déléguer les soins (...)* »³⁴.

Dans les difficultés rencontrées au travail au quotidien, les infirmières 1,2 et 4 me parlent de problèmes institutionnels liés à la gestion et à l'organisation du service, ainsi qu'à la maintenance du matériel. L'IDE 3 m'avoue avoir eu des lacunes au niveau de ses connaissances théoriques sur le développement de l'enfant et sur l'allaitement à la sortie du diplôme. Au niveau du soin, l'IDE 4 parle de relation conflictuelle avec certains parents en citant « *Il y a des parents avec qui cela ne passe pas d'un point de vue humain (...) ça va m'affecter au niveau de mon savoir être et il y a des moments où l'on va passer la main.* »³⁵. Et l'IDE 1 m'informe qu'aux urgences, elle fait face à de l'agressivité lié au stress des parents

²⁸ Annexe 7 : Retranscription entretien n°2

²⁹ Annexe 8 : Retranscription entretien n°3

³⁰ Annexe 9 : Retranscription entretien n°4

³¹ Annexe 9 : Retranscription entretien n°4

³² Annexe 9 : Retranscription entretien n°4

³³ Annexe 9 : Retranscription entretien n°4

³⁴ Annexe 7 : Retranscription entretien n°2

³⁵ Annexe 9 : Retranscription entretien n°4

avec pour exemple « *Lors d'un soin avec un nourrisson ou c'est difficile d'avoir une voie périphérique, ou l'on galère tout ça et que les parents commencent à perdre patience !* »³⁶

Les infirmières 1, 3 et 4 m'ont avoué avoir ressentie un sentiment d'attachement à une situation, à un enfant ou aux parents. L'IDE 1 me raconte une histoire d'attachement qu'elle a vécue en service « *Je pense que l'attachement ne dépend pas de l'enfant, mais de la situation. J'ai une situation qui me vient à l'esprit là d'un petit nourrisson, qui a été maltraité et que l'on a prise en soin. Il est resté que quelques heures aux urgences, mais c'est vrai qu'après je suis allé le voir en service ou il est resté des mois en haut (...)* Tu t'attaches à la situation, mais pas à l'enfant parce que tu n'as pas assez de temps. »³⁷ . En sachant qu'aux urgences, elle se sent préserver du fait que les enfants ne restent pas hospitaliser dans le service et elle me l'annonce comme un soulagement pour elle « *Mais c'est vrai que tu n'as pas le temps de t'attacher spécialement et c'est aussi pour ça que je suis ici dans ce service. C'est vrai que je ne pourrais pas travailler en onco-hémato avec des enfants hospitalisés des mois et des mois et les suivre au niveau émotionnel !... Quand tu es un peu sensible ! Il ne vaut mieux pas ! Alors qu'ici, on voit les enfants ! Certes ça nous touche ! Mais comme il y a plus de suivi derrière, il y a un détachement qui se fait aussi rapidement que quand tu t'attaches à l'enfant.* »³⁸

L'IDE 4 me raconte une histoire d'attachement vécue en service « *c'est une petite qu'on a eu dès la naissance et qui est restée 8 mois dans le service dernièrement là ! Et qui est décédée à la réanimation (...)* comme je suis à 100%. (...) *Je suis là quasiment tous les jours (...)* Les parents vivent ici au bout d'un moment ! (...) *il y a un lien qui se crée avec les parents ! Et du coup se crée avec l'enfant et quand ça finit mal (...)* *J'étais avec une collègue à la réanimation pour voir les parents parce qu'on trouvait ça important pour eux ! Parce que mine de rien, on est des soignants, mais vu qu'elle a vécu 8 mois avec nous ! les parents ont vécu 8 mois avec nous en fait ! La mère, elle était là tout le temps ! Elle n'a pas vu ses autres enfants ! Elle n'a plus son cercle familial, son cercle amical ! C'était en fait sa vie ! Et du coup, ça les a faits très plaisir qu'on descende les voir parce que ça veut dire qu'on prend en considération et pas seulement en tant que patient et numéro de chambre !* »

³⁶ Annexe 6 : Retranscription entretien n°1

³⁷ Annexe 6 : Retranscription entretien n°1

³⁸ Annexe 6 : Retranscription entretien n°1

L'IDE 3 me dit que « *c'est plus avec les parents que j'ai eu un sentiment d'attachement. (...) J'ai toujours réussi à prendre du recul, à garder le contrôle de moi-même et de mes émotions.* »

Seul l'IDE 2 a eu ses émotions qui ont impacté son positionnement infirmier « *automatiquement tu as tes émotions parce que quand tu es énervé, tu es moins patiente et tu vas plus répondre du « TACOTAC » et ça il faut y faire attention ! Moi, il n'y a pas longtemps, j'ai eu des problèmes, convoqué par la direction. T'es pas bien, t'es en larme, et t'as la journée qui continue. Quand tu as des problèmes persos, des gros problèmes persos, ..., ben du coup t'es moins patiente pour l'avoir vécu, l'année dernière, j'ai eu de gros problèmes persos et par souci, je n'arrivais pas à le laisser aux vestiaires et à passer au-dessus, ça me prenait totalement et c'était plus d'agressivité, plus moins de patience et heureusement une équipe plus tolérante, qui m'a soutenu* ». ³⁹Et sa solution pour gérer ses émotions est qu' « *Il faut en parler ! Il faut que chacune trouve son défouloir pour moi c'est des heures et des heures à la salle de sport.* »⁴⁰. Tout comme l'IDE 4 qu'il dit qu'il faut en parler en équipe ou avec ses proches, mais ne pas garder pour soi.

Les techniques particulières pour entrer en relation avec le nourrisson ont pour but d'attirer l'attention sur autre chose pour pouvoir réaliser le soin sans crainte pour l'enfant. Pour cela, les infirmières ont développé des techniques pour apaiser avec par exemple le sucre sur la tétine, qui crée de l'endorphine, le doudou, l'odeur de la maman, mettre au sein pendant le soin et distraire les enfants à travers la musique, les peluches, les ballons, les emballages de bandes, les jeux, les vidéos, les comptines, les chants, tout ce qui attire l'attention, qui fait du bruit ou très coloré, ou lumineux.

3.3.2. Analyse qualitative :

Dans un premier temps, j'ai interrogé quatre infirmières de trois services différents, qui ont entre trois et six ans d'expérience professionnelle en pédiatrie. Parmi elles, trois infirmières (IDE 1, IDE 3 et IDE 4) ont été embauchées dès l'obtention de leur diplôme, tandis que l'IDE 2 a commencé son expérience professionnelle dans le secteur adulte. Il en ressort dans cette enquête que l'expérience professionnelle va favoriser, affiner et développer les compétences, les attitudes nécessaires à un positionnement et une posture infirmière adaptés en pédiatrie en développant aussi les capacités d'observation, d'analyse, et d'évaluation des besoins de

³⁹ Annexe 7 : Retranscription entretien n°2

⁴⁰ Annexe 7 : Retranscription entretien n°2

l'enfant et de ses parents dans la relation de soins. Pour l'IDE 4, les compétences de positionnement et d'adaptation aux enfants sont innées et elle cite « (...) *je pense qu'il y a des trucs qu'ils ne peuvent pas trop s'apprendre ! Au niveau de la posture, du savoir être (...)* »⁴¹. Alors que la seconde infirmière a plus du mal à se positionner du fait de son expérience en tant qu'aide-soignante et elle cite « *Je veux garder cette double casquette, mais parfois c'est compliquer (...) ça me frustre parfois de ne pas avoir pu aider les filles. J'ai du mal à déléguer les soins (...)* »⁴².

Puis malgré leurs différentes expériences, je me suis rendu compte que leur ressenti face à la prise en charge de l'enfant et de ses parents sont les mêmes. Leurs réponses sont assez similaires. Les points forts sont l'écoute et la patience. Les explications et la réassurance pour les parents sont des aspects importants dans la prise en charge de l'enfant.

Lors de mes recherches sur le nourrisson, j'ai appris que son âge va de 1 mois à 2 ans et il a des besoins spécifiques, selon la pyramide d'Abraham Maslow, physiologiques (respirer, manger, boire, déféquer et dormir) et de sécurité qui sont essentiels, car il n'est pas en capacité de les satisfaire de lui-même. En ce qui concerne des besoins psychologiques, ils s'envisagent dans le cadre d'une recherche de bien-être global, et ils prennent en compte le besoin de sécurité du fait de la fragilité et d'une vigilance constante vis-à-vis du nourrisson. Le nourrisson est un être qui a un mode de communication spécifique. Du fait de l'impossibilité de pouvoir s'exprimer par la parole, il va chercher à se faire comprendre par la communication non verbale pour satisfaire ses besoins personnels.(Annexe 1 Figure 1 et Annexe 2 Figure 2) Dès les premiers mois, le nourrisson accorde de l'attention au visage humain par le déplacement des yeux en réponse à un signal ⁴³et le déclenchement d'un sourire⁴⁴. C'est une organisation de la pensée qui va permettre d'adapter son comportement à une situation. C'est le premier langage du nourrisson et ces modes de communication sont définis par Sylvie Bradette ⁴⁵ comme « *un échange, aussi bien verbal que non verbal. Les enfants sont très à l'aise dans la communication non verbale, nous démontrant plus facilement leurs intentions, leurs besoins, et parfois leurs difficultés dans un geste ou un comportement* ». ⁴⁶ La communication du nourrisson passe par des stades du développement qui vont permettre au

⁴¹ Annexe 9 : Retranscription entretien n°2

⁴² Annexe 7 : Retranscription entretien n°4

⁴³ Arnold Lucius Gesell psychologue et pédiatre américain

⁴⁴ « Le déclencheur spécifique du sourire » de Spitz René Arpad psychiatre Autrichien

⁴⁵ Sylvie Bradette, psychologue et technicienne en organisation scolaire Québécoise, qui a étudiée les besoins et le développement de l'enfant à partir de la pyramide d'Abraham Maslow

⁴⁶ La capsule sur le développement de l'enfant - par Sylvie Bradette – psychologue parcours d'enfant

nourrisson d'enrichir ses acquis, de satisfaire ses besoins et à établir un début d'organisation, qui va introduire une routine déterminée par les horaires de la toilette, du repas, du change de la couche, etc... et par une réponse aux besoins organiques primaires du nourrisson, qui ont une visée de survie tandis que les besoins psychoaffectifs vont permettre au nourrisson d'entrer dans la sociabilité.

Dans un second temps, il en est ressorti que selon les IDE 2, IDE 3 et IDE 4 que du fait que le nourrisson ne parle pas, il faut se fier à l'observation de sa communication non verbal et para verbal, ainsi qu'écouter les parents. L'IDE 2 parle même de relation de confiance avec les parents et d'instinct personnel, sauf pour les mamans qui ont eu leur premier enfant car elles ont souvent besoin des conseils des professionnels de santé pour décrypter les messages de leur enfant. Et l'IDE1 rajoute que « *le nourrisson est un être fragile à manipuler avec délicatesse* »⁴⁷, qui a besoin de contact et d'une relation basée sur les sens « *le son de la voix, le toucher, le ton de la voix, les cris* »⁴⁸. Et il a besoin de conditions de prise en charge dans une atmosphère calme avec une nécessité de tout expliquer aux parents.

De plus, lors de mes lectures, j'ai eu l'occasion d'étudier un auteur Ashley Montagu, Anthropologue et humaniste Anglais, qui a écrit un ouvrage sur « *la peau et le toucher, un premier langage* »⁴⁹. Cet auteur affirme l'importance du toucher chez l'enfant, car il va lui permettre de vivre, de communiquer, de découvrir le monde et de bien se développer. C'est essentielle pour le développement psychologique du nourrisson, car l'hôpital entraîne des répercussions psychoaffectives. (Annexe 1 Figure 1 et Annexe 2 Figure 2) Les besoins psychologiques sont des besoins de sécurité qui vont permettre à l'enfant de le rassurer et de le socialiser afin de construire son identité. Daniel N. Stern, professeur de psychologie et psychiatre Américain, à travers son ouvrage « *le monde interpersonnel du nourrisson* », il nous décrit la construction de la personnalité du nourrisson⁵⁰, en la définissant « *comme un ensemble des attributs, des qualités et des caractéristiques qui distinguent les comportements, les pensées et les sentiments des individus.* »⁵¹ La construction de la personne se fait selon une chronologie ascendante (nourrisson vers âge adulte), elle est influencée, par des facteurs externes et internes, et elle se construit à partir du développement moteur, cognitif et psychoaffectif. Les

⁴⁷ Annexe 6 : Retranscription entretien n°1

⁴⁸ Annexe 6 : Retranscription entretien n°1

⁴⁹ Montagu Ashley, « *la peau et le toucher, un premier langage* », Seuil, Paris, 1979. Traduit de l'américain « *Touching : the humane significance of the skin* », 1971.

⁵⁰ « *le monde interpersonnel du nourrisson* » de Daniel Stern, Edition PUF le fil rouge, presse universitaire de France, 5^e tirage mars 2015, page 26

⁵¹ Cours UE 1.1 S1 développement de la personne et de la personnalité de Mme Elissalde

besoins psychologiques font donc références à un besoin de sécurité pour le nourrisson et dont la charte stipule « *le droit de recevoir une information sur la maladie et les soins, adaptée à leur âge et à leur compréhension, afin de participer aux décisions les concernant* »⁵². Et les besoins affectifs sont inhérents à l'être humain. Tout être humain est en capacité d'éprouver des émotions (peur, joie, tristesse et colère). Elles sont définies selon le dictionnaire Le Robert (1993) comme « *un état de conscience complexe, généralement brusque et momentané, accompagné de signes physiologiques.* » Il existe deux types d'émotions : les émotions positives qui mettent en relation l'activité de l'enfant avec un principe de plaisir et les émotions négatives qui sont le reflet de la frustration de l'enfant dans l'insatisfaction de ses besoins.

A l'hôpital, cette relation par le toucher avec le nourrisson peut avoir une répercussion affective dans la prise en soin. Cette répercussion va créer dans la relation de soin un lien fort à type d'attachement. Cet attachement d'après les travaux de John Bowlby, psychiatre et psychanalyste britannique, en collaboration avec Mary Ainsworth, psychologue du développement met en évidence la place capitale de l'émotion dans l'organisation et l'expression de ce lien. Je pourrais ainsi définir l'attachement comme une notion de proximité et de sécurité.

De plus, l'infirmier en pédiatrie joue un rôle important dans la triade soignant-parent-nourrisson en offrant un soutien psychologique pour aider à soulager les parents face à l'hospitalisation. Car comme le cite Antoine Guedeney, pédopsychiatre, (2010) « *chez celui qui est en position d'aider, la vulnérabilité ou la détresse de l'autre stimule l'envie de protéger, de réconforter, de consoler.* »⁵³ Mais dans le cas de situation anxiogène pour le soignant, cela va engendrer des mécanismes de défense avec une mise en danger du système de « *caregiving* ». Cette mise en danger, liée aux répercussions de l'hospitalisation de l'enfant chez les parents, va engendrer du stress. Ce stress est une variable dépendante de plusieurs paramètres comme le motif d'hospitalisation, les explications médicales pas assez claires, le caractère des parents et l'organisation de la famille, qui peuvent conduire à des dérives comportementales des parents.

A la suite de mes entretiens, les IDE 2 et IDE 3 m'ont exposées cinq types de dérives des comportements parentaux rencontrées au quotidien dans leur travail. Donc on peut retrouver :

⁵² Charte Européenne des enfants hospitalisés- rédigé à Leiden- Pays-Bas 1988 – Point 4 - Annexe 1

⁵³ Article sur « l'analyse de la relation soignant-bébé et du deuil des soignants en néonatalogie » d'Emilie Fontaine et de Jacqueline Wendland

- Des Parents très présent parce qu'ils ont un sentiment de culpabilité et ils se sentent responsables de la maladie de leur enfant.
- Des Parents absents pour des raisons qui leurs sont propres, mais dans l'intérêt de l'enfant comme le cite l'IDE 2, « *les médecins font de plus en plus cette menace « Si vous ne passez pas la nuit avec l'enfant, la sortie est refusée ! Et souvent c'est une déclaration PMI qu'on fait derrière !* ».⁵⁴
- Des Transferts de la maternité par rapport au « *lien entre la mère et l'enfant est un peu compliqué (...) ils ont du mal à prendre le rythme* »⁵⁵,
- Des Parents qui ont des problèmes d'organisation avec la fratrie et le fait que l'hôpital n'hospitalise qu'un seul des deux parents.
- Des Parents qui font du forcing pour rester tous les deux malgré les consignes de l'hôpital.

Dans un troisième temps, il en est ressorti par toutes les infirmières que l'hôpital perturbe le rythme de vie de l'enfant. C'est donc l'hospitalisation qui a des répercussions sur les enfants, et d'après Daniel Rousseau, pédopsychiatre, et Philippe Duverger, professeur d'université, qui exercent tous deux dans l'unité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent du CHU d'Angers. Ils définissent cette répercussion « *comme une « dépression anaclitique » (carence affective partielle) et quand la séparation se prolonge, on observe une évolution vers un état de marasme, physique et psychique, que René Spitz, psychiatre et psychanalyste américain, appelle « hospitalisme » (carence affective totale)* »⁵⁶. Les IDE 1, IDE 3 et IDE 4 pensent que plus le nourrisson est petit et moins il va se rendre compte de l'hospitalisation, car il n'a pas encore développé une conscience et acquis des repères. Même si l'IDE 1 envisage le fait qu'il puisse peut-être avoir des répercussions dans l'inconscient du nourrisson, mais en tant que soignant on s'en rend moins compte. Alors que l'IDE 2 pense que quel que soit l'âge du nourrisson, il va ressentir le stress des parents et l'intervention des soignants dans la chambre. Ces répercussions sur le nourrisson vont se manifester par des troubles du sommeil et de l'alimentation. De plus, les IDE1 et IDE 4 parlent de Mémoire du soin avec une appréhension du nourrisson à partir du moment qu'il a vécu déjà une hospitalisation, et cela peut se

⁵⁴ Annexe 7 : Retranscription entretien n°2

⁵⁵ Annexe 8 : Retranscription entretien n°3

⁵⁶ Rousseau Daniel et Duverger Philippe « L'hospitalisme à domicile », *Enfances & Psy*, 2011/1 n° 50, p. 127-137. DOI : 10.3917/ep.050.0127

manifeste par une phobie de la blouse blanche du genre « *il y a des bébés dès qu'ils nous voient, ils se mettent en transe ! ils hurlent ! On ne peut rien faire !* ».⁵⁷

Par contre, l'IDE 1 ne ressent pas trop de répercussions chez les nourrissons du fait qu'elle travaille aux urgences. Pour elle, les répercussions sont en lien avec l'hospitalisation et les soins au long court sur le nourrisson. Elle cite : « *il reste des mois en hospitalisation, mais nous c'est quelques heures. Tu t'attaches à la situation, mais pas à l'enfant (...)* Mais comme *il y a plus de suivi derrière, il y a un détachement qui se fait aussi rapidement que quand tu t'attaches à l'enfant.* »⁵⁸ Tandis que l'IDE 3 s'est plus attachée à la relation avec les parents et l'IDE 4 s'est attachée à un nourrisson, « *c'est une petite qu'on a eu dès la naissance et qui est restée 8 mois dans le service dernièrement là ! Et qui est décédée à la réanimation (...)* Je suis là quasiment tous les jours (...) Les parents vivent ici au bout d'un moment ! (...) *il y a un lien qui se crée avec les parents ! Et du coup se crée avec l'enfant...* »⁵⁹

Hormis l'attachement, les autres difficultés, que les infirmières rencontrent dans leur quotidien, sont pour l'IDE 1 l'agressivité liée au stress des parents comme par exemple « *Lors d'un soin avec un nourrisson ou c'est difficile d'avoir une voie périphérique, ou l'on galère tout ça et que les parents commencent à perdre patience !* »⁶⁰. Alors que l'IDE 2 n'arrivait plus à gérer sa vie privée et sa vie professionnelle à cause de problèmes personnels et elle me cite « *automatiquement tu as tes émotions parce que quand tu es énervé, tu es moins patiente et tu vas plus répondre du « TACOTAC » et ça il faut y faire attention ! Moi, il n'y a pas longtemps, j'ai eu des problèmes, convoqué par la direction. T'es pas bien, t'es en larme, et t'as la journée qui continue. (...) je n'arrivais pas à le laisser aux vestiaires et à passer au-dessus, ça me prenait totalement et c'était plus d'agressivité, plus moins de patience...* ».⁶¹

L'IDE 2 a connu ce qu'appelle Daniel Goleman, psychologue Américain, des « *émotions destructrices* », et il cite que « *la colère -notamment à long terme - provoque une réelle perturbation de l'esprit. (...) En revanche, lorsque la colère tourne au passage à l'acte, c'est, évidemment, le plus souvent de façon destructrice.* »⁶²

Les difficultés rencontrées par l'IDE 3, c'est des lacunes sur le nourrisson et l'allaitement qu'elle a appris sur le terrain à la sortie du diplôme. Tandis que l'IDE 4 parle de relation

⁵⁷ Annexe 9 : Retranscription entretien n°4

⁵⁸ Annexe 6 : Retranscription entretien n°1

⁵⁹ Annexe 9 : Retranscription entretien n°4

⁶⁰ Annexe 6 : Retranscription entretien n°1

⁶¹ Annexe 7 : Retranscription entretien n°2

⁶² Daniel Goleman docteur en psychologie diplômé d'Harvard « *Surmonter les émotions destructrices* » Traduit de l'Anglais (Etats-Unis) par Anatole Muchnik, Edition Robert Laffont, Pocket, Paris, 2003, p.288

conflictuelle avec certains parents en citant « *Il y a des parents avec qui cela ne passe pas d'un point de vue humain (...) ça va m'affecter au niveau de mon savoir être et il y a des moments où l'on va passer la main.* »⁶³.

Pour conclure cette analyse qualitative, toutes les infirmières m'ont avoué que les solutions aux difficultés, engendrer par le stress, sont d'en parler en équipe et l'IDE 2 rajoute qu'« *Il faut que chacune trouve son défouloir pour moi c'est des heures et des heures à la salle de sport.* »⁶⁴ pour évacuer les perturbations de l'esprit.

Et enfin, les infirmières ont développé des techniques particulières pour entrer en relation avec le nourrisson. Ce sont des stratégies d'adaptation, qui ont pour but d'attirer l'attention sur autre chose pour pouvoir réaliser le soin sans crainte pour l'enfant comme par exemple le sucre sur la tétine, qui crée de l'endorphine, le doudou, l'odeur de la maman, mettre au sein pendant le soin et distraire les enfants à travers la musique, les peluches, les ballons, les emballages de bandes, les jeux, les vidéos, les comptines, les chants, et autres techniques.

3.4. Question de départ définitive :

Ce travail m'a permis de comprendre qu'en pédiatrie, l'infirmier a pour fonction d'accompagner et d'écouter le nourrisson et les parents. Dans son quotidien, la situation va générer du stress. Ce stress va impacter la relation de soin et le positionnement infirmier en pédiatrie. Pour cela, les infirmiers ont acquis au cours de leur expérience un savoir être, qui permet de les rendre plus disponible, patient et réassurant auprès de ce public. Ils ont aussi développé une observation et un instinct qui favorise la relation de confiance avec les parents. De plus, les parents sont un interlocuteur privilégié et une ressource importante pour l'infirmier, car il connaît mieux que personne son enfant pour l'apaiser et le distraire pendant les soins.

Mais aussi j'ai pu observer l'existence d'un soutien apportée pendant les soins qui va permettre au nourrisson un développement psychomoteur harmonieux par le biais de la relation de proximité avec ses parents. Etre parent c'est avoir un lien avec l'enfant, or ce lien se retrouve fragiliser lors d'une hospitalisation. C'est pour cela qu'il est important de préserver ce lien, afin d'éviter de perturber et de bouleverser les habitudes de l'enfant et de ses parents à l'hôpital. Malgré les situations anxiogènes, les infirmiers de pédiatrie ont

⁶³ Annexe 9 : Retranscription entretien n°4

⁶⁴ Annexe 7 : Retranscription entretien n°2

instauré un accompagnement personnalisé permettant de faire face aux difficultés et de mettre en place ainsi une relation de confiance.

En quoi la relation de confiance permet-t-elle d'établir la triade Soignant-Parents-Enfant à l'hôpital ?

4. Phase conceptuelle :

Après l'élaboration de ma question de départ définitive, je vais pouvoir aborder deux concepts. Afin de pouvoir au mieux comprendre, ces deux notions, je vais m'appuyer sur des lectures qui m'auront permis de mieux cerner les concepts de la « *relation de confiance* » et de « *la triade Parents-Enfant-Soignant* » à l'hôpital.

4.1. La relation de confiance:

Selon Roger C. Mayer, professeur Américain de gestion, d'innovation et d'entrepreneuriat, définit la confiance comme « *une volonté délibérée d'être vulnérable aux actions d'une partie fondée sur l'espérance que celle-ci accomplira une action importante pour la partie qui accorde sa confiance, indépendamment de la capacité de cette dernière à surveiller ou contrôler l'autre partie* ». ⁶⁵ Cette définition permet d'expliquer le sentiment de fragilité et d'anxiété des parents et de l'enfant dépendant de l'incertitude de la maladie. Au cours d'une hospitalisation, la confiance s'établit lors d'un soin et d'une relation de proximité entre trois personnes. On parle donc de relation de soin avec la triade Parents-Enfant-Soignant. Cette relation est une nécessité, car elle va permettre la continuité des soins et une prise en considération des parents et de l'enfant. Cette confiance se met en place à partir d'éléments indispensables tels que la chaleur, l'écoute, la disponibilité, la simplicité, l'humilité, l'authenticité, l'humour et la compassion, ainsi qu'une coopération entre les différents intervenants de la relation avec une prévision des risques afin de réduire cette anxiété.

Les répercussions d'une hospitalisation chez les parents comme chez l'enfant peuvent engendrer du stress, et être un frein à l'établissement de la relation de confiance. Mais avant de construire une relation de confiance avec les parents, il faut s'interroger sur la notion de « Parentalité ». Ce terme est défini comme « *un ensemble des réaménagements psychiques et*

⁶⁵ La relation pour instaurer la confiance dans les soins- revue Soins-Volume 58, numéro 779-pages 30-31 (octobre 2013) article de Dominique Phanel, Maître de conférences en sciences de gestion et Françoise Hamon-Mekki, cadre de santé.

affectifs qui permettent à un adulte de devenir parent, c'est-à-dire de répondre aux besoins de leur enfant à trois niveaux : le corps (les soins nourriciers), la vie affective et la vie psychique. »⁶⁶ Pendant l'hospitalisation, les parents et l'enfant sont dépendant de la maladie. D'où les compétences et la posture infirmière doit s'adapter à chaque situation pour permettre d'établir une relation de confiance avec la triade Parents-Enfant-Soignant . L'infirmier doit avoir un comportement bienveillant afin de permettre une réassurance des parents. Il doit informer les parents par des explications claires et précises des risques et il doit être disponible à toutes les interrogations des parents ainsi que manifester une attitude empathique. D'ailleurs, Donald Woods Winnicott, pédiatre psychiatre et psychanalyste Britannique, a mis en évidence que le but de la relation avec la triade est d'apprendre aux parents à avoir confiance dans la capacité de développement de leur enfant et à respecter son rythme individuel de développement pour qu'il puisse bénéficier d'un bon climat de sécurité pour faire les premières grandes acquisitions (changer sa posture, s'asseoir, se mettre debout, se déplacer, manipuler des objets,...).

Pour générer de la confiance dans la relation de soin, il faut coopérer avec les acteurs en expliquant tout ce que l'on fait, les rassurer, prévenir les risques et faire participer les parents dans les soins. La confiance est une notion importante dans l'élaboration de la triade, afin de répondre aux besoins relationnels des parents et de l'enfant.

4.2. La triade Parents-Enfant-Soignant :

D'une part, la relation avec l'enfant passe par le jeu, car c'est la distraction qui va permettre de créer un climat sécurisant. A l'hôpital, du fait du changement d'environnement, nous pouvons observer des répercussions sur l'enfant sous forme d'angoisse de séparation en lien avec l'absence des parents. C'est une manifestation de l'enfant qui marque un refus de contact avec le soignant et une anxiété dès lors du départ des parents. Les enfants hospitalisés ont besoin de présence et de contact physique pour se sentir rassurer face à un environnement qui peut leur paraître comme « étranger ». D'après Donald Woods Winnicott, l'enfant a besoin d'un objet qu'il va s'approprier et considérer comme la continuité de la figure maternelle, afin d'apaiser ses angoisses. Cet objet est un réconfort lors de l'absence de sa mère et il peut prendre la forme d'une peluche, une chanson, une gestuelle, un tissu et un « doudou » pour

⁶⁶ Définition de la parentalité selon Lamour et Barraco, 1998 cité par l'article « Soutenir la parentalité : Pourquoi et comment ? » disponible en ligne : <https://www.cairn.info/revue-devenir-2009-1-page-31.htm>

l'enfant. Cet objet lui permettra d'avoir un repère, certes moins rassurant que la présence de sa mère, afin de surmonter son anxiété.

D'autre part, la relation avec les parents est de soutenir leur rôle dans la prise en charge de leur enfant. Malgré les difficultés parfois à établir une bonne communication, l'infirmier se doit clairement de délimiter son champs de compétence dont il a la responsabilité, et de définir ainsi le rôle des parents à l'hôpital. Ce rôle parental est d'être sollicité pendant les soins par une collaboration et une coordination des actes réalisés à leur enfant. Cette relation est construite autour d'objectifs de soins établis de manière à pouvoir organiser au mieux l'accompagnement de l'enfant et de ses parents, et éviter ainsi toute dérive. La réussite de cet accompagnement est une explication et une réponse précise à leurs questions, ainsi qu'une délégation des soins sous la responsabilité de l'infirmier pour assurer une efficacité et une sécurité des gestes effectués par les parents.

Pour un bon fonctionnement de la relation de la triade Parents-Enfant-Soignant, l'infirmier doit prendre en considération l'histoire de la survenue de la maladie du nourrisson avec un comportement empathique, attentif et à l'écoute des besoins de l'enfant et de ses parents. Il doit apprendre à désamorcer en équipe interdisciplinaires certaines situations à risque qui peuvent perturber l'organisation du service. Puis avec le recul, l'infirmier va créer par la suite dans la relation de soin un apaisement et un climat de confiance, qui va permettre de rendre les parents acteurs du projet de soin de leur enfant.

5. Hypothèse ou question de recherche :

Les différentes étapes de ce travail de recherche : la recherche théorique, les entretiens semi-directifs ainsi que l'analyse conceptuelle m'ont permis de formuler l'hypothèse suivante :

Si la relation de confiance permet d'établir la triade Parents-Enfant-Soignant, alors la collaboration avec les parents va poser les conditions d'un accompagnement personnalisé du nourrisson. Ainsi cet accompagnement va permettre de rassembler tous les acteurs autour de l'enfant, afin que le soin soit plus facile et moins anxiogène pour chacun.

6. Conclusion :

Le but de ce travail de fin d'étude est de pouvoir parler d'une situation vécue qui me permet de me projeter dans le futur.

Au fil des mois, ma réflexion a grandi et m'a permis de comprendre l'importance de la présence des parents auprès de leur enfant durant le soin.

L'enfant est vu comme « *un être fragile, à manipuler avec délicatesse* »⁶⁷ qui a besoin d'être protégé continuellement. C'est ce que va renvoyer cette présence, elle va permettre à l'enfant de se sentir rassuré et en sécurité. J'ai réalisé à quel point la relation d'aide avec la triade est indispensable dans la prise en charge du nourrisson.

En pédiatrie, l'enfant est le point principal mais le fait que les parents soient intégrés totalement dans les soins leur donne un rôle d'allier auprès des infirmiers.

Ce mémoire m'aura fait passer par de nombreuses émotions. La principale a été la peur, celle de ne pas réussir à écrire autant de pages sur un sujet précis.

Durant ce travail, j'ai douté à de nombreuses reprises sur mes capacités, j'ai parfois perdu pied, je me suis questionné sur mon avenir. Cet écrit m'aura surtout apporté de prendre plus confiance en moi et de nouvelles connaissances sur l'enfant et en particulier, le nourrisson.

De ce fait, je m'interroge sur le fait de travailler en pédiatrie à l'obtention du diplôme d'état d'infirmier si l'occasion se présente à moi.

⁶⁷ Annexe 6 : Retranscription entretien n°1

BIBLIOGRAPHIE

Ouvrages :

- « *Introduction à la psychologie de l'enfant* » de Paul A. Osterrieth, 17^e édition de Boeck, 5^e tirage 2004, 175 pages
- « *Recueil des principaux textes relatifs à la formation préparant au diplôme d'Etat et à l'exercice de la profession* » Edition Berger Levrault, du Ministère des affaires sociales et de la santé, Arrêté du 31 juillet 2009 modifié par l'arrêté du 26 septembre 2014 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier, 233 pages
- Catherine GRAINDORGE, professeur de psychiatrie de l'enfant à l'adolescence à Paris XI depuis 2001 « *Comprendre l'enfant malade : du traumatisme à la restauration psychique* » édition DUNOD, Paris, 2005, 187 pages
- « *Le bébé, ses parents, leurs soignants* » de Myriam David édition ères 2003, 168 pages
- D.BAILLY, 2004 « *L'angoisse de séparation chez l'enfant et l'adolescent* », Edition Masson, 143 pages
- « *L'attachement : concepts et applications* » de Nicole et Antoine Guedeney, édition Masson, Paris, 2002.2006, 235 pages
- Montagu Ashley, « *la peau et le toucher, un premier langage* », Seuil, Paris, 1979. Traduit de l'américain « *Touching : the humane significance of the skin* », 1971, 232 pages
- Daniel Goleman docteur en psychologie diplômé d'Harvard « *intelligence émotionnelle* » traduit par Thierry Piélat Edition j'ai lu, S.A., Paris, 2014, 915 pages
- Danielle Rapoport « *la bien-traitance envers l'enfant, des racines et des ailes* » édition Belin, 2006, 205 pages
- « *Trouver la bonne distance avec l'autre grâce au curseur relationnel* » – 2^e édition broché Catherine Deshays, 24 avril 2013, P. 10 – 240 pages

- Daniel Goleman docteur en psychologie diplômé d'Harvard « *Surmonter les émotions destructrices* » Traduit de l'Anglais (Etats-Unis) par Anatole Muchnik, Edition Robert Laffont, Pocket, Paris, 2003, p.288 - 682 pages

- Ouvrage de Jean-Jacques Rousseau : « *Emile ou de l'éducation* », chronologie et introduction par Michel Launay, Edition GF Flammarion, Paris 1966. 629 pages

- Ouvrage de Pascale Thibault-Wanquet : « *les aidants naturels auprès de l'enfant à l'hôpital, la place des proches dans la relation de soin* » Edition MASSON , Paris 2008. 154 pages

WEBOGRAPHIE

Articles :

- La capsule sur le développement de l'enfant (en ligne), consulté le 02 mars 2018 à 8h

Disponible : <http://cpelabecquee.com/wp-content/uploads/2014/06/capsule-developpement-enfant.pdf>

- « *Analyse de la relation soignant-bébé et du deuil des soignants en Néonatalogie* » d'Emilie Fontaine et de Jacqueline Wendland (en ligne), consulté le 04 mars 2018 à 16h15.

Disponible : <https://www.cairn.info/revue-devenir-2015-1-page31.htm>

- « *La famille face à l'enfant malade : le point de vue d'un psychologue.* » de Claire Van Pévénage & Isabelle Lambotte (en ligne), consulté le 05 mars 2018 à 8h05.

Disponible : <http://elg.revues.org/1965-page9>

- Site HAS sur la prise en charge de l'enfant (en ligne), consulté le 07 mars 2018 à 14h05

Disponible : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012_02/20120213_guide_pec_enfant_ado.pdf

- *La fiche métier du travail d'infirmier en pédiatrie*(en ligne), consulté le 10 mars 2018 à 18h10.

Disponible : <http://metiers.siep.be/metier/infirmier-infirmiere-pediatrie/>

- « *L'émotion* » de Philippe Claudon et de Margot Weber (en ligne), consulté le 10 mars 2018 à 18h45.

Disponible : <http://www.cairn.info/revue-devenir-2009-1-page-61.htm>

- « *Réponses précoces aux expressions faciales maternelles : une étude longitudinale* » de Marie-Christine Lavallée, Louise Cossette, Amélie Seidah, et Jean Bégin (en ligne), consulté le 14 mars 2018 à 8h.

Disponible : <http://www.cairn.info/revue-enfance2-2011-2-page-163.htm>

- « *L'observation du bébé et du petit enfant : à propos de la qualité du zoom* » de Ayala Borghini (en ligne), consulté le 14 mars 2018 à 11h06.

Disponible : <http://www.cairn.info/revue-journal-de-la-psychanalyse-de-l-enfant-2016-2-page-225.htm>

- « *L'HOSPITALISME À DOMICILE* » de Daniel Rousseau et Philippe Duverger-ères Enfances & Psy 2011/1 (en ligne), consulté le 28 avril 2018 à 21h00

Disponible : <http://www.cairn.info/revue-enfances-et-psy-2011-1-page-127.htm>

- Site du ministère des solidarités et de la santé : « *parcours de soins des enfants atteints de maladies chroniques* » (en ligne), consulté le 28 avril 2018 à 20h00.

Disponible : http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Parcours_de_soins_des_enfants_atteints_de_maladies_chroniques.pdf

- « *LA THÉORIE DE L'ATTACHEMENT : SON IMPORTANCE DANS UN CONTEXTE PÉDIATRIQUE* » de Susana Tereno, Devenir 2007/2 (Vol. 19) (en ligne), consulté le 03 mai 2018 à 11h15

Disponible : <https://www.cairn.info/revue-devenir-2007-2-page-151.htm>

- « *TROUBLES DE L'ANGOISSE DE SÉPARATION ET DE L'ATTACHEMENT : UN GROUPE THÉRAPEUTIQUE PARENTSJEUNES ENFANTS* » Jacqueline Wendland, Devenir 2011/1 (Vol. 23) (en ligne), consulté le 03 mai 2018 à 11h30

Disponible : <https://www.cairn.info/revue-devenir-2011-1-page-7.htm>

- « *SOUTENIR LA PARENTALITÉ : POURQUOI ET COMMENT ?* » de Béatrice Lamboy, Devenir 2009/1 (Vol. 21) (en ligne), consulté le 03 mai 2018 à 11h45

Disponible : <https://www.cairn.info/revue-devenir-2009-1-page-31.htm>

- « *La relation pour instaurer la confiance dans les soins* » revue Soins Volume 58, numéro 779-pages 30-31 (octobre 2013) article de Dominique Phanuel, Maitre de conférences en sciences de gestion et Françoise Hamon-Mekki, cadre de santé. (en ligne), consulté le 17 mai 2018 à 10h30

Disponible : <http://www.em-premium.com.lama.univ-amu.fr/revue/soin/58/779>

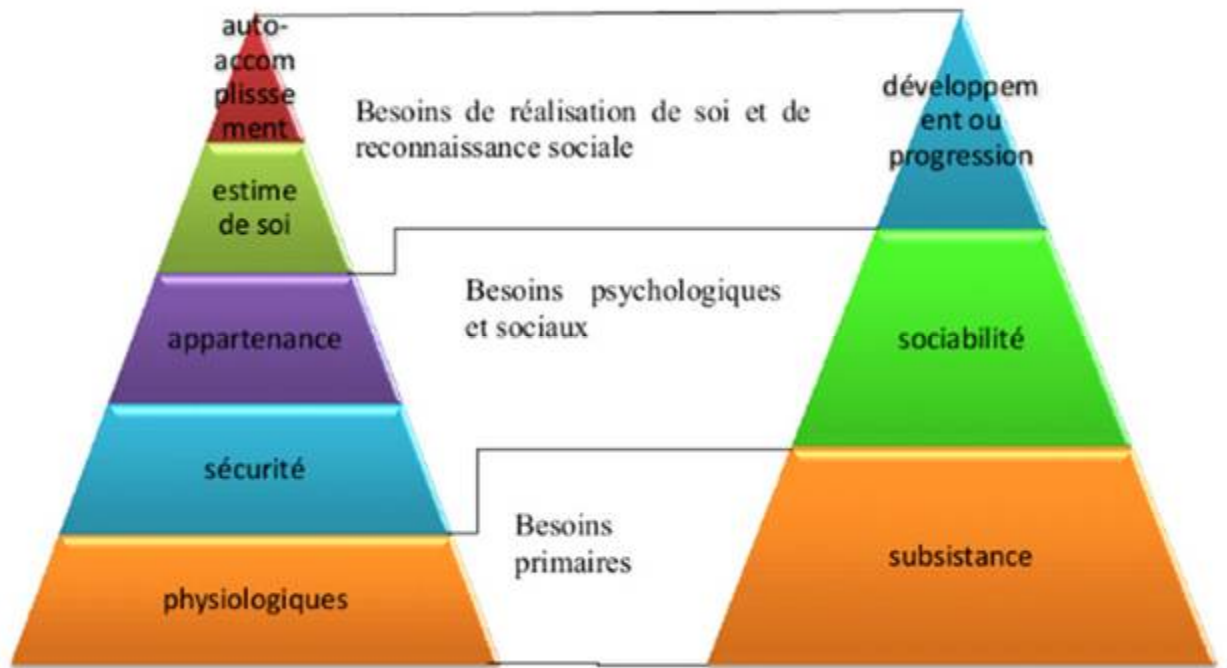
- « *les stratégies de changement en milieu Hospitalier : construire une relation de confiance* », de André Coté, HEC Montréal-Gestion-2007/2, Vol.32-Pages 12-21 (en ligne), consulté le 17 mai 2018 à 12h30

Disponible : <https://www.cairn.info/revue-gestion-2007-2-page-12.htm>

ANNEXES

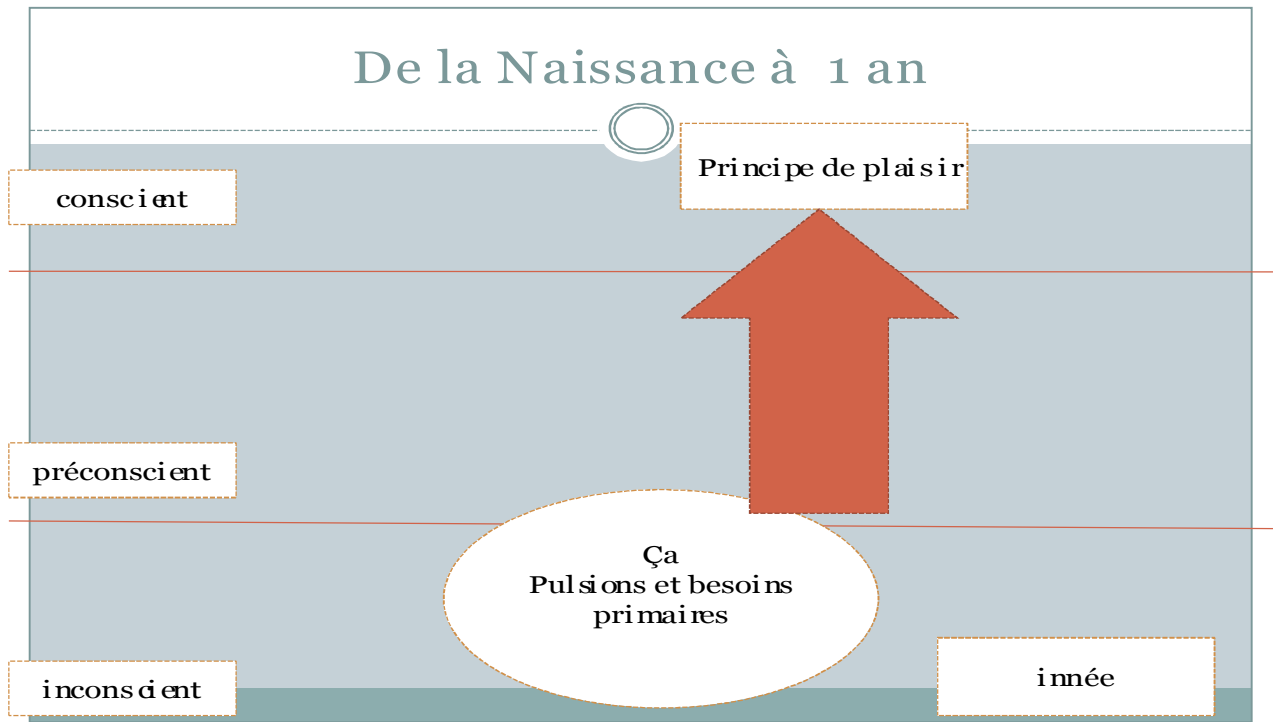
Annexe 1 : Pyramide d'Abraham Maslow (figure 1)	P.1
Annexe 2 : La théorie des lignes de développement d'A. Freud (figure 2)	P.2
Annexe 3 : Charte Européenne de l'enfant hospitalisé.....	P.3
Annexe 4 : Le Guide d'entretien	P. 4
Annexe 5 : Tableau d'analyse des entretiens.....	P.6
Annexe 6 : Retranscriptions entretien n°1	P.17
Annexe 7 : Retranscriptions entretien n°2	P.23
Annexe 8 : Retranscription entretien n°3.....	P.31
Annexe 9 : Retranscription entretien n°4.....	P.35

ANNEXE 1: (figure 1)



Annexe 1 Figure 1 Pyramide d'Abraham Maslow

ANNEXE 2 : (figure 2)



Annexe 2 Figure 2 La théorie des lignes de développement d'Anna Freud

ANNEXE 3 :

Charte Européenne de l'enfant hospitalisé



CHARTRE DE L'ENFANT HOSPITALISÉ

Charte Européenne des Droits de l'Enfant Hospitalisé adoptée par le Parlement Européen le 23 mai 1988. Circulaire du Secrétariat d'Etat à la Santé de 1999 précisant son application.

- 1** L'admission à l'hôpital d'un enfant ne doit être réalisée que si les soins nécessités par sa maladie ne peuvent être prodigués à la maison, en consultation externe ou en hôpital de jour.
- 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.
- 3** On encouragera les parents à rester auprès de leur enfant et on leur offrira pour cela toutes les facilités matérielles. On informera les parents sur les règles de vie et les modes de faire propres au service afin qu'ils participent activement aux soins de leur enfant.
- 4** Les enfants et leurs parents ont le droit de recevoir une information sur la maladie et les soins, adaptée à leur âge et leur compréhension, afin de participer aux décisions les concernant.
- 5** On évitera tout examen ou traitement qui n'est pas indispensable. On essaiera de réduire au maximum les agressions physiques ou émotionnelles et la douleur.
- 6** Les enfants doivent être réunis par groupes d'âge pour bénéficier de jeux, loisirs, activités éducatives, adaptés à leur âge, en toute sécurité. Leurs visiteurs doivent être acceptés sans limite d'âge...
- 7** L'hôpital doit fournir aux enfants un environnement correspondant à leurs besoins physiques, affectifs et éducatifs, tant sur le plan de l'équipement que du personnel et de la sécurité.
- 8** L'équipe soignante doit être formée à répondre aux besoins psychologiques et émotionnels des enfants et de leur famille.
- 9** L'équipe soignante doit être organisée de façon à assurer une continuité dans les soins donnés à chaque enfant.
- 10** L'intimité de chaque enfant doit être respectée. Il doit être traité avec tact et compréhension en toute circonstance.



Assistance Publique
Hôpitaux de Marseille

ANNEXE 4 :

Le Guide d'entretien

Thèmes	Objectifs	Questions	Indicateurs
La relation de soin en pédiatrie	Identifier l'impact de la relation proximité avec le nourrisson dans le soin à l'hôpital	<p>-Pouvez-vous vous présenter ?</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ depuis combien de temps dans le service ? ➤ quelle est votre expérience professionnelle ? <p>-Que pouvez-vous me dire sur les compétences indispensables d'une infirmière en pédiatrie ?</p> <p>-Quelles sont les répercussions d'une hospitalisation chez un nourrisson ?</p> <p>-Quelle est la spécificité de la prise en charge du nourrisson ?</p> <p>-Quelles sont les répercussions d'une hospitalisation chez les parents ?</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ comment vivent-ils l'hospitalisation de leur enfant ? <p>-Quelle place donnez-vous aux parents pendant l'hospitalisation du nourrisson ?</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Comment s'adapte la relation avec les parents ? <p>-Quelle est votre place dans le soin avec les parents et le nourrisson ?</p>	<p>cibler les caractéristiques des infirmiers</p> <p>Expérience et attitudes savoir être et savoir faire, relationnel</p> <p>Nourrisson, mode de communication, stade du développement et les besoins de sécurité (charte point 4)</p> <p>Cibler les caractéristiques de la pédiatrie avec la spécificité du nourrisson afin de pouvoir évaluer la relation de proximité avec la triade parent-soignant-soigné</p>
Positionnement infirmier	Repérer les attitudes des soignants dans la relation de proximité avec le	<p>-En quoi votre formation professionnelle favorise votre positionnement infirmier ?</p>	<p>Cibler le positionnement infirmier dans la relation de proximité avec un nourrisson hospitalisé</p>

nourrisson à
l'hôpital

-Avez-vous rencontrées des difficultés dans
votre travail au quotidien ?

➤ Si oui, lesquelles ?

-Est-ce que vos émotions ont eu un impact
sur votre positionnement infirmier ?

➤ Si oui, pouvez-vous m'en parler ?

➤ Comment gérez-vous vos émotions ?

-Utilisez-vous des techniques particulières
pour entrer en relation avec le nourrisson ?

➤ Si oui, lesquelles ?

➤ Avez-vous développé des moyens
particuliers ?

Compétences (savoir
être et savoir faire),
capacité d'analyser de
repérer et de reconnaître
les besoins, rôle propre,
relationnel avec
attachement ou pas

Cibler les capacités
relationnelles
soignantes à surmonter
les émotions
destructrices et les
caractéristiques de
l'attachement dans la
relation de soin

Le relationnel
Cibler les stratégies
d'adaptation des
soignants face à des
situations difficiles
Savoirs être et savoirs
faire

ANNEXE 5 :

Tableau d'analyse des entretiens

Thème 1 : La relation de soin en pédiatrie

Objectif : Identifier l'impact de la relation proximité avec le nourrisson dans le soin à l'hôpital

Questions :	IDE 1	IDE 2	IDE 3	IDE 4
-Pouvez-vous vous présenter ?	L.6-11: « <i>Bonjour, je m'appelle Océane O., je suis infirmière aux urgences pédiatriques depuis 3 ans et je suis diplômé aussi depuis 3 ans. J'ai fait mon stage pré-pro ici, et pour donner suite à ça, ils m'ont embauché dans le service. (...) J'ai fait 2 mois d'intérim à la sortie du diplôme juste avant d'obtenir mon poste aux urgences pédiatriques. »</i>	L.6-10 : « <i>Bonjour ! Je m'appelle Sandra, je suis infirmière diplômée depuis 2013, ça va faire 5 ans en juillet. Je suis arrivé dans le service, il y a seulement deux ans à 2 ans. (...) J'ai fait 2 ans de nuit sur le pool à l'hôpital en sachant que c'est un service, qui faisait adulte et enfant. et j'étais 10 ans aide-soignante avant d'être infirmière.»</i>	L.6-7 : « <i>Bonjour ! Je m'appelle Pauline, je suis infirmière diplômée depuis 2012, ça va faire 6 ans en juillet. J'ai fait l'école d'infirmière et j'ai atterri ici dans le service. »</i>	L.6-12 : « <i>Bonjour ! Je m'appelle Célia, je suis infirmière dans le service de cardiomyopathie pédiatrique depuis décembre 2014 et diplômée depuis juillet 2014 et entre juillet et décembre j'ai fait de l'intérim. (...)j'ai fait un service de Soins de Suite et Réadaptation adulte, j'ai fait un centre d'accueil pour enfant handicapé mentaux, ..., j'ai fait une maison de retraite, SSR cardio et voilà tout je crois...»</i>
➤ Depuis combien de temps dans le service ?				
➤ Quelle est votre expérience professionnelle?				
-Que pouvez-vous me dire sur les compétences indispensables d'une infirmière en pédiatrie ?	L.14-23: « <i>Il faut avoir un bon relationnel avec les enfants. Déjà aimé ça ! Il faut avoir beaucoup de patience et aussi prendre en charge aussi les parents (...) ce qui est bien aussi c'est d'avoir un peu d'expérience en pédiatrie (...) selon la chronicité ou la pathologie... »</i>	L.13-20 : « <i>Alors en pédiatrie beaucoup de patience, beaucoup d'empathie, de l'écoute, être surtout attentif aux besoins de l'enfant et des parents. Et toujours se renouveler, renouveler ses connaissances, renouveler sa façon d'appréhender les choses, (...) beaucoup de recul.(...), il faut avoir cette capacité (...) de tout laisser au travail. (...) et puis avoir de l'écoute et être vraiment</i>	L.10-11 : « <i>Je pense qu'il faut de la patience et, ..., de l'écoute des parents et, ..., qu'il faut être doux, rigoureux, ..., je pense que c'est les principales compétences requises en pédiatrie. »</i>	L.15-17 : « <i>il faut être patient, il faut être à l'écoute des parents car c'est eux qui connaissent le mieux l'enfant et, ..., il faut pouvoir s'adapter à l'enfant en fonction de l'âge qu'il a pour entrer en communication avec lui et créer une relation. »</i>

attentive aux besoins des parents et de l'enfant. »

-Quelle est la spécificité de la prise en charge du nourrisson ?

L. 25-35: « Dans la relation avec le nourrisson, les spécificités, ..., déjà c'est un être fragile, à manipuler avec délicatesse. Ensuite, ..., le contact aussi c'est important ! Quand tu as les mains froides sur un nourrisson, ça va être tout de suite ressentie comme une agression, alors que pour un enfant ça va être un peu différent. Ça va être beaucoup basé sur les sens en fait, le son de la voix, le toucher, le ton de la voix, les cris. Il faut que ce soit dans une atmosphère assez calme. Tout ça ! Et puis, le nourrisson, ..., il faut parler beaucoup avec les parents ! Expliquer tout ce que l'on fait sur l'enfant de A à Z dans le détail. Et puis aussi ce qui est la spécificité, c'est que pour les soins c'est différent d'un enfant ou d'un adulte. Par exemple pour une prise de sang, ça va être des petits tubes avec la micro-méthode... »

-Quelles sont les répercussions d'une hospitalisation chez un nourrisson ?

L. 40-53: « Je ne sais pas trop vu qu'on ne s'occupe pas trop de l'hospitalisation aux urgences pédiatriques.(...) au niveau du souvenir du soin,(...) je ne ressens pas de répercussions, alors qu'un enfant de 2 ans (...) Il va avoir une appréhension déjà au niveau de la vue de la blouse blanche. (...) Vers à peu près un an, ou il va prendre plus

L.22-33 : « Le nourrisson ça va être beaucoup de l'observation et beaucoup d'écoute des parents. (...) on a nos connaissances générales, mais il faut savoir que chaque nourrisson est différent et il a sa spécificité. J'ai été formé sur le tas, ..., en faisant des stages en fin de 2e année et de 3e année, et je me suis vraiment formé sur le tas en fait,(...) J'ai regardé mes collègues comment elles travaillaient et après je me suis surtout basé et fais confiance aux parents. Après les mamans qui ont eu leurs premiers enfants pas trop parce que c'est elles qui ont plus besoin de moi (...) je me fie aux parents et à mon instinct. »

L.35-48 : « Oui, il y a des répercussions. Ils ont le sommeil qui est perturbé. (...) Sur l'alimentation, il n'y a pas très longtemps, on a eu un enfant qui est resté un petit moment et qui ne mangeait plus. (...) Et dès qu'il est rentré à la maison, il s'est remis à manger et à refaire ses nuits. Donc oui

L.13-16 : « Ce qui est spécifique, c'est que les nourrissons, ils ne parlent pas ! Donc du coup dans ta prise en charge de l'enfant, tu prends en compte aussi beaucoup les parents, surtout la maman, quand elle allaite parce que le bébé ne sera pas là pour te dire ce qui va ou ce qui ne va pas. On se fie beaucoup au ressenti des parents dans la prise en charge du nourrisson. »

L.18-20 : « Les répercussions c'est que cela va engendrer beaucoup plus de stress à un enfant grand que à un nourrisson âgé de 1 mois. Le nourrisson commence à prendre ses repères à partir de 6 mois et il se rend compte qu'il n'est

L.19-23 : « La spécificité de la prise en charge du nourrisson, ..., Ben il ne parle pas ! Du coup et ben il faut savoir ce qu'il a ? Selon les pleurs ! Selon le comportement physique ! Là tout à l'heure, ma collègue en avait un, selon comment il se tortille et tout, on sait qu'il a mal au ventre ! S'il est sale ! Donc vu qu'il ne parle pas ! Tu dois vachement être à l'écoute de son non verbal et para verbal, ainsi que des parents ! »

L.25-41 : « En général à l'hôpital, les nourrissons dorment moins bien ! Euh !!! Plus ils sont petits et mieux c'est ! Car ils n'ont pas le psychologique, qui rentre en jeu ! Et plus ils sont grands et plus c'est possible qu'ils, ..., appréhendent les soins, qu'ils reconnaissent la salle de soins ! Là où l'on pique et où l'on fait mal ! S'ils reconnaissent la salle, donc ils anticipent, ..., et puis aussi plus ils sont grands et s'il

conscience. Avant peut-être qu'il y a des répercussions, mais on s'en rend moins compte, c'est peut-être dans l'inconscient et après plus tard qu'il va avoir des appréhensions, mais je n'ai pas l'impression de ça. Sauf les nourrissons qui restent des mois et des mois en hospitalisation ! Mais après ici aux urgences, c'est difficile de voir les répercussions. »

c'est perturbant ! Ça les perturbe dans leur rythme de vie. Et puis, ils sentent le stress des parents. Ils sentent que toutes les 3h, (...) on intervient dans la chambre. (...) ils ont besoin de beaucoup plus de contact aux parents.(...). C'est des parents qui souvent vont dire qu'il est tout le temps au bras dès que je le pose. Toujours besoin d'être dans la poussette ou en mouvement et qui ne supporte pas d'être dans le lit parce que souvent ils sont passés par la réanimation, ou ils étaient vraiment beaucoup au lit et suivant aussi ici comment ils sont équipés, ils sont beaucoup au lit aussi. Donc oui, ça les perturbe les bébés l'air de rien. »

plus dans son univers habituel. »

y a eu une hospitalisation qui s'est mal passée ou quoi ? Ils reconnaissent les blouses blanches ! Donc il y a la phobie des blouses blanches ! Ça existe chez le bébé ! Et il y a des bébés dès qu'ils nous voient, ils se mettent en transe !ils hurlent ! On ne peut rien faire ! (...) ça dépend vraiment ! Euh ! Pfff, ..., autour d'un an je dirais ! Les tout petits non ! Je dirais peut-être 7-8 mois à un peu plus d'un an et demi. Après 2 ans, ils commencent à parler, à utiliser des mots et donc c'est plus facile à entrer en communication et d'avoir un, ..., de les raisonner. Mais quand tu n'as pas tout ça ! Là, j'ai un petit, il a 16 mois dès qu'il me voit, il hurle à la mort ! Alors qu'on ne s'est jamais vu ! donc ce n'est pas moi en tant que personne, mais moi en tant que paramètre ! La blouse blanche ! »

-Quelles sont les répercussions d'une hospitalisation chez les parents ?

- Comment vivent-ils l'hospitalisation de leur enfant ?

L. 55-62: « Tout dépend pourquoi l'enfant est hospitalisé ! Si c'est pour des choses plus ou basiques !... Si c'est pour une intervention, il va y avoir du stress, beaucoup de questions et après en général tout dépend des médecins et du personnel soignant que les parents ont vu. S'ils ont bien explicité les choses ! Si tout est clair au niveau des informations et

L.50-73 : « Ben c'est pareil chez les parents leurs sommeils est perturbé. Il y en a qui s'alimente moins (...) Il y en a qu'on a poussés dehors, ..., « allez stop ! Sortez ! Partez ! Vous allez vous faire un tour avec votre mari et rentrer à la maison ». La nuit pareille pour dormir, (...) Ils ont un

L.22-34 : « Chez les parents c'est pareil beaucoup de stress, d'inquiétude, ..., les répercussions demandent beaucoup d'organisation aussi. Surtout que nous, on hospitalise avec l'enfant qu'un seul des deux parents. Du coup, ils sont obligés de s'organiser par rapport au travail, (...): ça dépend des parents en

L.43-58 : « Ça dépend comment se passe l'hospitalisation ! Ça dépend du caractère des parents ! (...) il y a pleins de raisons, parce que l'opération s'est mal passée, parce qu'il y a eu des complications, ..., parce que ça passe pas avec les médecins du coup ils n'ont pas

qu'ils sont rassurés ! C'est plutôt bien vécu ! Mais si en face d'eux, ils ont des questions sans réponses, ou là ça peut-être plus difficile pour eux et plus stressant. Ils sont beaucoup en attente de réponse sur exactement ce qu'il va se passer et donc il faut pouvoir y répondre. Après c'est normal qu'ils soient stressés et tout ça !»

sentiment de culpabilité,..., ils n'osent pas,(...) Parfois, pour certains parents c'est très compliqué et il y a des parents pour lesquelles c'est super facile ! Ouais, c'est genre, « on a déjà eu (...) il est hospitalisé ! On a pleins de choses à faire ! On va faire ce qu'on ne peut pas faire ! » (...) On a vraiment les deux extrêmes. Il y a les parents à qui tu es obligé de leur dire « s'il vous plaît, allez-vous faire un tour il faut là ! parce que vous êtes au bout et votre enfant est au bout aussi ! ». Et il y a des parents, tu les supplies à rester (...) il y en a de plus en plus et les médecins font de plus en plus cette menace, c'est si vous voulez sortir, il faut rester une nuit avec l'enfant. Si vous ne passez pas la nuit avec l'enfant, la sortie est refusée ! Et souvent c'est une déclaration PMI qu'on fait derrière ! »

fonction s'ils sont plus anxieux, plus nerveux et d'autres au contraire qu'ils sont de caractère calme. il y a 2 cas de figure parmi les parents qui ne veulent pas rester dans le service : ceux qui ne restent pas parce que l'enfant a été transféré directement de la maternité et du coup pour le lien entre la mère et l'enfant est un peu compliqué au début, il ne reste pas de suite parce qu'ils ont du mal à prendre le rythme et après oui, il y a ceux qui ne restent pas quelquefois parce qu'ils ont d'autres enfants et des problèmes d'organisation en général. Et après à l'extrême, malgré les consignes, il y a aussi les deux parents qui vont faire du forcing pour rester pendant l'hospitalisation.

d'explications. Euh ! Parce que les médecins parlent en médecin et donc quelquefois ils ne s'adaptent pas aux parents ! Du coup, ils ont l'impression qu'on leurs ne dit pas ! Parfois ça ne passe pas avec l'équipe ! Donc je pense que ça laisse des traces ! Et après il y a des hospitalisations qui se passe très, très, très bien ! (...) Là je pense que ça met moins de séquelles et ça dépend aussi de la durée d'hospitalisation. Plus l'hospitalisation est courte, mieux c'est ! Plus l'hospitalisation est longue, plus t'es loin du reste de la fratrie s'il y a ! Plus t'es loin de chez toi ! Il y a qu'un des deux parents qui peut rester la nuit. En général, l'autre parent travaille ! Donc t'es tout seul entre tes quatre murs ! Bon les chambres sont grandes ! Entre tes 4 murs et ton bébé malade (...) c'est un peu usant à force ! Et après ça dépend du caractère des parents. Si t'es de nature stressé, ça va plus t'impacter que si t'es zen et que tout te glisse ! Ça dépend vraiment... »

L. 64-65: « Les parents (...) font partis intégralement du nourrisson. Du moment que le nourrisson est hospitalisé, il y a aussi les parents. Ils ont une place centrale. »

L.75-94 : « Sa place entière, il assiste à tout ! En fait, il assiste à condition qu'il ait envie d'assister ! Mais je ne ferais pas en disant je ne veux pas les parents. Je demande toujours aux parents (...). Je n'oblige en rien. Parce

L.36-42 : « On leur donne une grande place. On essaye de les investir dans tout. On les aide pour faire la toilette quand c'est des nouveau-nés qui viennent de sortir de la maternité, on prend un peu le relai de la

L.60-72 : « Les parents peuvent venir à tous les soins, n'importe quel

-Quelle place donnez-vous aux parents pendant l'hospitalisation du nourrisson ?

➤ Comment s'adapte la

relation avec les parents ?

qu'après il y a parfois des parents (...) j'étais en train de piquer l'enfant et les parents, je les voyais pas bien (...) alors dans ce cas je réponds « Non, si vous craignez, je ne vais pas pouvoir m'occuper de vous. Là je suis en train de piquer votre enfant. Je préfère que vous soyez, ..., vous vous mettez derrière la porte et je gère l'enfant avec une de mes collègues ». (...) Mais pour moi en fait, on est une équipe. Et donc pour moi, on travaille tous ensemble. C'est la triade. Le parent à sa place et il doit avoir sa place. Cependant il ne doit pas avoir la place et ce rôle de l'infirmier. Il y a des parents (...) Ils commencent prendre cette place « non, mais laisser je vais le faire ! », il faut faire attention quand même ! Parce qu'ils doivent avoir cette place plus de parent que d'infirmier. »

maternité. On leur donne une éducation à l'hygiène, à l'alimentation et aux premiers soins à réaliser chez les nourrissons avec les conseils sur l'allaitement par exemple. On aide beaucoup à créer le lien mère-enfant lorsqu'ils sortent de la maternité comme on sait que c'est compliqué, on prend beaucoup le relai de la maternité comme je t'ai dit. »

soin, du moment qu'ils le veulent ! Si jamais le parent ne se sent pas, il peut sortir et n'est pas obligé (...) au niveau des traitements, vu que c'est des traitements qu'ils vont avoir au domicile, c'est eux qui donnent les traitements ! Nous, on les prépare et on les fait donner par les parents. Euh ! Voilà ! Au niveau du nurse et des toilettes et tout, on les autonomise vachement ! Pour les pansements pareils ! Parce qu'ils vont les avoir longtemps, soit ils ont fait les pansements, mais ce n'est pas des bains immergés ! Donc il faut leurs apprendre, car c'est des soins qu'ils referont à la maison ! Donc ils sont vachement acteurs ! Ce n'est pas « on s'occupe de mon enfant et moi je suis là !!! ». Et pendant les soins, ils ont aussi beaucoup de distraction ! »

-Quelle est votre place dans le soin avec les parents et le nourrisson ?

L. 67-69 : « Il faut expliquer avant, pendant et après le déroulement du soin. Pour le nourrisson, on essaye de mettre en place des choses pour le côté antalgique comme la succion avec le sucre dans les premiers mois de vie, ça marche très bien. »

L.96-105 : « Il faut faire attention qu'ils aient leur rôle de parent. (...) Mais à l'hôpital, il faut bien qu'il dépose cette blouse là qu'il connaisse. Et ceux qui ne sont pas du milieu infirmier, on essaye de ne pas donner ce rôle surtout sur les chroniques ou on a une maman, très chronique, qui est parti la semaine

L.44 : « C'est une place centrale, l'infirmier est le lien entre le nourrisson et les parents. »

L.74-85 : « Moi, en général, je fais le soin ! (Rire) Après si les parents ne font pas trop de distraction, ne rentre pas trop en relation avec l'enfant parce que le soin est trop compliqué pour eux ! Ils se focalisent plus sur le soin ! La plupart du temps, on n'est pas seule quand on fait un soin. Il y

dernière, et qui avait ce rôle d'infirmier et qui disait « moi, j'en peux plus ! J'en ai marre d'avoir ce rôle ! » (...)
ils ont déjà ce rôle de parent et c'est déjà énorme en chirurgie cardiaque. »

a l'auxiliaire de puériculture, soit c'est elle qui prend le relai et qui va dédramatiser la chose, (...) soit moi je m'arrête pendant mon soin et je mets une chanson ! Une vidéo sur mon téléphone ! On a des jouets ! Je chante une chanson ! Je demande à la maman s'il a un truc qu'il aime particulièrement ! Si c'est des soins qui font mal ? On fait la sucette et le sucre pour éviter qu'ils aient mal ! Moins l'enfant a mal, plus le parent est détendu ! Plus le parent est détendu, plus il va bien distraire l'enfant ! Donc ça dépend de la personne en face. Sois-je ne fais rien et je m'occupe uniquement de mon soin. Après j'explique aux parents avant / après, mais pendant le soin je ne fais qu'uniquement l'acte ! Sois-je suppléante les parents. »

Thème 2 : Le Positionnement infirmier

Objectif : Repérer les attitudes des soignants dans la relation de proximité avec le nourrisson à l'hôpital

Questions :	IDE 1	IDE 2	IDE 3	IDE 4
-En quoi votre formation professionnelle favorise	L. 71-75 : « Au niveau de la formation professionnelle dans le diplôme d'infirmier, on nous apprend les bases de	L.96-105 : « J'étais 10 ans aide-soignante avant d'être infirmière et du coup, ..., Moi ce que j'ai du mal dans	L.46-49 : « La formation infirmière m'a donné les bases pour un positionnement classique, mais après comme	L.87-93 : « Alors je pense que c'est plutôt mon expérience qui a fait que je suis comme ça

votre positionnement infirmier ?	<p><i>la relation avec le nourrisson. Je pense que ça se fait naturellement le positionnement infirmier et après il s'affine avec l'expérience professionnelle. C'est sur le terrain où là tu réalises réellement et où tu te positionne dans la relation de soin en tant qu'infirmier. »</i></p>	<p><i>cette position, c'est de déposer un peu ma casquette d'aide-soignante. Bon après c'est une volonté de moi comme je l'ai toujours dit le jour où je me la joue « STRICTE INFIRMIERE » tapez moi dessus. Je veux garder cette double casquette, mais parfois c'est compliquer (...) ça me frustre parfois de ne pas avoir pu aider les filles. J'ai du mal à déléguer les soins »</i></p>	<p><i>la formation n'a pas été ciblée sur la pédiatrie. C'est plus pendant mon expérience en pédiatrie que j'ai pu affiner et développer ma posture et mon positionnement infirmière dans la relation avec les nourrissons. »</i></p>	<p><i>maintenant plutôt que l'école ! L'école au niveau de la pédiatrie ne m'a absolument rien appris parce qu'on n'a jamais fait de pédiatrie ! J'ai fait un stage en pédiatrie, c'est mon stage en pédiatrie qui m'a appris, mais l'école en elle-même ! Non, rien ! (...) je pense qu'il y a des trucs qu'ils ne peuvent pas trop s'apprendre ! Au niveau de la posture, du savoir être, ..., je n'ai pas eu l'impression (...) d'être différent avant et après l'entrer à l'école. Donc je dirais pas grand-chose ! »</i></p>
<p>-Avez-vous rencontrées des difficultés dans votre travail au quotidien ?</p> <p>➤ Si oui, lesquelles ?</p>	<p><i>L. 78-110 : « Oui, tous les jours on rencontre des difficultés dans notre quotidien. Lors d'un soin avec un nourrisson ou c'est difficile d'avoir une voie périphérique, ou l'on galère tout ça et que les parents commencent à perdre patience (...). Ici, aux urgences, on fait face (...) à de l'agressivité lié au stress des parents (...) Mais aussi dans l'organisation du service, (...) des problèmes souvent de matériels et de moyens. Au niveau des personnels, comme on est dans un nouveau service, les responsables essayent de mettre en place des conditions satisfaisantes pour améliorer par rapport à l'ancien service. » (...) « Comme je te disais oui un nourrisson, je peux le voir, mais ça va être que quelques heures. L'attachement ça peut se faire, mais c'est très court.</i></p>	<p><i>L.121-135 : « Au quotidien, on n'a pas du matériel qui fonctionne. On a un cardiopad, qui ne fonctionne pas ou tu peux prendre jusqu'à 10 fois la tension jusqu'à quand on s'énerve. Tu te dis c'est bon ! Ce n'est pas grave....problème d'effectif actuellement puisqu'on a 5 congés mater, mais c'est la loi, on est que des filles (...) Problème de soutien de la cadre, (...), on a une cadre qui gère mal les plannings ! Qui nous met une pression monstrueuse ! (...) L'organisation du secrétariat (...). Le seul problème qu'on n'a pas, qu'on gère le mieux, c'est la relation avec les nourrissons et les parents parce qu'on essaye malgré tout de continuer de bien accueillir l'enfant, (...) à se débrouiller du fait qu'ils ne ressentent pas le vrai</i></p>	<p><i>L.52-55 : « Oui, les petites difficultés que j'ai eues au début sont que je suis juste une infirmière et pas puéricultrice. J'ai donc eu des lacunes à tout ce qui est développement de l'enfant, l'allaitement, que je ne connaissais pas du tout avant d'arriver dans ce service. Les plus grosses difficultés étaient celle-là, après le travail, il n'y a pas eu de difficulté ».</i></p>	<p><i>L.96-105 : « au niveau institutionnel, il y a tellement de chose à dire, mais ce n'est pas le sujet de ton TFE. Mais au niveau du nourrisson, des difficultés, ..., oui, ça dépend des parents ! Il y a des parents avec qui cela ne passe pas d'un point de vue humain et si ça ne passe pas, vraiment, vraiment, cela va t'affecter, ça va m'affecter au niveau de mon savoir être et il y a des moments où l'on va passer la main. Et on va se dire que là c'est plus possible ! Je vais être maltraitant pour les parents et l'enfant ! (...) je vais péter un</i></p>

(...)« Je pense que l'attachement ne dépend pas de l'enfant, mais de la situation. J'ai une situation qui me vient à l'esprit là d'un petit nourrisson, qui a été maltraité et que l'on a prise en soin. Il est resté que quelques heures aux urgences, mais c'est vrai qu'après je suis allé le voir en service ou il est resté des mois (...). Tu t'attaches à la situation, mais pas à l'enfant parce que tu n'as pas assez de temps ».

malaise dans cette équipe qu'il y a en ce moment particulièrement. »

câble ! (...) Des parents très agressifs au niveau verbalement ! Ce n'est pas contre moi en tant que personne, mais très, très agressifs dans leurs façons de faire, de nous parler ! c'était très compliquer ! j'ai pas trop, ..., j'ai été très affectée, et puis du coup j'ai vu avec ma collègue et elle était d'accord pour que je passe la main parce que j'allais répondre à son agressivité par de l'agressivité, alors que c'est pas mon job et je n'avais pas à faire cela ! je le sentais en moi ça allait venir ! Donc il valait mieux passer la main plutôt que passer à l'acte ! (...) Non, je pense qu'il y avait beaucoup, beaucoup de stress ! Et pareil, caractère de base, de tout mélanger ! Très, très agressifs ! Et c'était un peu compliquer ! Et, ..., après quand on a des hospitalisations qui ne se passent pas très bien et qu'ils se finissent un peu mal avec des parents et des enfants avec qui tu t'es attachée parce que tu les as eus très, très longtemps ! Donc je ne pense pas que ça on s'habitue ! (...) Ben, c'est une petite qu'on a eu dès la naissance et qui est restée 8 mois dans le

*service dernièrement là !
Et qui est décédée à la
réanimation ! Donc, ...,
c'est comme je suis à
100%. J'ai un repos par
semaine, un week-end sur
deux ! Je suis là
quasiment tous les jours !
Euh ! En général, on ne
change pas forcément de
secteur ! Ça dépend avec
qui t'es ! Je me suis
occupé de cet enfant
pendant 8 mois ! Les
parents vivent ici au bout
d'un moment ! Tu prends
un peu tes aises ! Quoi !
Ils nous connaissent ! Ils
rigolent plus facilement
avec nous ! C'est, ..., il y a
un lien qui se crée avec
les parents ! Et du coup se
crée avec l'enfant et
quand ça finit mal ! (...)
Un peu mal !... Ben quand
ça s'est passé ! J'étais
avec une collègue à la
réanimation pour voir les
parents parce qu'on
trouvait ça important
pour eux ! Parce que
mine de rien, on est des
soignants, mais vu qu'elle
a vécu 8 mois avec nous !
(...) Et du coup, ça les a
faits très plaisir qu'on
descende les voir parce
que ça veut dire qu'on
prend en considération et
pas seulement en tant que
patient et numéro de
chambre ! »*

-Est-ce que vos émotions ont eu un impact sur votre positionnement infirmier ?

- Si oui, pouvez-vous m'en parler ?
- Comment gérez-vous vos émotions ?

L. 92 : « *Sur mon positionnement infirmier non. »*

L. 110-116 : « *On en discute entre nous et on échange nos places au niveau des soins. Mais c'est vrai que tu n'as pas le temps de t'attacher spécialement et c'est aussi pour ça que je suis ici dans ce service. C'est vrai que je ne pourrais pas travailler en onco-hémato avec des enfants hospitalisés des mois et des mois et les suivre au niveau émotionnel !... Quand tu es un peu sensible ! Il ne vaut mieux pas ! Alors qu'ici, on voit les enfants ! Certes ça nous touche ! Mais comme il y a plus de suivi derrière, il y a un détachement qui se fait aussi rapidement que quand tu t'attaches à l'enfant. »*

L.138-149 « *Oui, automatiquement tu as tes émotions parce que quand tu es énervé, tu es moins patiente et tu vas plus répondre du « TACOTAC » et ça il faut y faire attention ! Moi, il n'y a pas longtemps, j'ai eu des problèmes, convoqué par la direction. T'es pas bien, t'es en larme, et t'as la journée qui continue. Quand tu as des problèmes persos, des gros problèmes persos,..., ben du coup t'es moins patiente pour l'avoir vécu, l'année dernière, j'ai eu de gros problèmes persos et par souci, je n'arrivais pas à le laisser aux vestiaires et à passer au-dessus, ça me prenait totalement et c'était plus d'agressivité, plus moins de patience et heureusement une équipe plus tolérante, qui m'a soutenu, qui était derrière moi »*

L.151-159: « *Il faut en parler ! Pas en parler à tout le monde parce que tu n'as pas envie que tout le monde le sache ! Mais,..., au moins en parler à une ou deux bonnes collègues, et il faut à moment donner poser ses valises et stop. J'ai besoin d'en parler. Bon après il faut prendre du recul et je fais énormément de sport à coté et c'est mon défouloir à côté. Il faut que chacune trouve son défouloir pour*

L.57-60 : « *Ben ici, pour ma part, c'est plus avec les parents que j'ai eu un sentiment d'attachement. Mais après je n'ai pas vécu de situation, qui a modifié mon positionnement infirmier. J'ai toujours réussi à prendre du recul, à garder le contrôle de moi-même et de mes émotions. »*

L.140-149 : « *Je ne sais pas !...Je ne sais pas parce que, ..., je n'ai pas eu l'impression comme je t'ai dit tout à l'heure que par rapport à l'école d'avoir changé ! (...) j'ai 4 ans dans ma tête ! Quoi ! Donc je m'adapte très bien aux enfants de 4 ans ! (Rire)...J'ai une facilité de contact avec les enfants et avec les parents ! Et Euh ! Je trouve que c'est important que d'expliquer ! En fait, je me mets à la place des parents et je me dis que si c'est mon enfant qui était soigné ! J'aimerais bien qu'on me traite comme je traite les parents ! Donc, ..., j'ai pas eu l'impression d'être plus humaine ou au contraire plus aigri ou meurtri par rapport aux expériences néfastes qu'on a eu dans le service ! »*

L.151-156 : « *En soit c'est en équipe ! Je ne suis pas descendu à la réanimation toute seule ! J'étais avec une collègue ! On en parle avec l'équipe ! Donc avec des personnes avec qui tu es plus ou moins proche ! En général, sans citer les noms, j'en parle à ma mère parce qu'elle est infirmière ! Du coup, c'est facile ! Sinon avec mon mari ! Il voit très*

-Utilisez-vous des techniques particulières pour entrer en relation avec le nourrisson ?

- Si oui, lesquelles ?
- Avez-vous développé des moyens particuliers ?

L. 119-126 : « Comme je te disais avec les bébés de quelques mois, on leurs donnent une succion de sucre, le doudou, l'odeur de la maman, le mettre au sein pendant les soins si la maman est d'accord et si elle allaite l'enfant. Pour les plus grands, à partir d'un an, on utilise beaucoup de la musique, le jeu, de la distraction, ..., tout ce qui peut faire changer et mobiliser l'attention de l'enfant sur autre chose que ce qu'on est en train de faire. J'utilise pas mal de vidéo quand l'enfant est agité ou en stress total, ça marche très bien. Après je m'adapte en fonction de l'enfant. Il y a des enfants ou la vidéo marche très bien et d'autres ou c'est le son qui marche très bien. »

moi c'est des heures et des heures à la salle de sport »

L.162-171: « Oui, tu as le chant, le contact. Pour les bébés qui ont une sucette, tu as le sucre sur la tétine, qui crée de l'endorphine et ça les apaise. Le parent, ça nous arrive de piquer un nourrisson dans les bras du parent, de piquer alors qu'il est au sein ! Toutes les petites techniques qui vont permettre d'adapter le soin à l'enfant. »

« Ben oui, on chante, on a le portable. On s'adapte à chaque enfant. On n'a pas encore les tablettes, mais c'est notre rêve d'avoir un bras articuler en fait en salle de soin pour pouvoir justement passer (...) un dessin animé. En attendant, on a nos portables ! Après on a des jouets qu'on met spécifiquement en salle de soin et qu'on utilise pendant les soins. »

L.62-67 : « Oui, je communique beaucoup avec les bébés même si je sais qu'ils ne vont pas me répondre. Je leurs explique tout ce que je vais faire. Si le nourrisson est en âge de comprendre le jeu, on l'utilise à fond ici pour pouvoir réaliser un soin et mettre l'enfant en confiance. On chante beaucoup, on utilise le téléphone pour mettre les comptines et vidéos pendant les soins. L'utilisation de toutes les techniques comme gonfler des ballons et autres qui vont permettre de capter l'attention et de distraire l'enfant. »

bien quand je rentre à la maison »

L.151-156 : « Oui, Soit ça passe par les parents ! (...) il faut un peu détendre les parents avant de voir le nourrisson. Et après c'est les chansons, les contines, tout ce qui fait de la musique, ..., le bruit et la lumière en gros ! Parce que les bébés voient de près ! Et donc si tu leurs mets un truc à distance, ça ne sert à rien ! Il ne voit rien ! Et tout ce qui est de la musique ou coloré ou nouveau ça les intéresse vachement ! Les petits papiers qui font du bruit, genre l'emballage des bandes ! Pas besoin de prendre un truc de fou ! Ça fait du bruit ! Tu les frottes dans ta main et ils adorent ! Voilà ! Les petites peluches ! Les trucs colorés ! Les trucs sur les vestes ! tout ce qui fait du bruit ou coloré ou qu'ils peuvent attraper ! (...) J'ai plus de stylos et de trucs fun sur moi ! (Rires)...Parce que voilà c'est quand tu es auprès de l'enfant que tu en as besoin ! (...) J'ai appris pleins de comptines ! Parce que je ne connaissais pas les comptines ! (Rires)... »

ANNEXE 6 : Retranscription entretien infirmière n 1

1 L'infirmière s'est rendue disponible à mon questionnaire pendant une demi-heure après avoir
2 cadrer tous ses soins et l'entretien avec elle s'est déroulée dans un bureau calme et à l'abri
3 d'une ambiance bruyante et des parasitages tels que le dérangement par un tiers et le
4 téléphone.

5 ESI: Bonjour, pouvez-vous vous présenter ?

6 IDE 1: *Bonjour, je m'appelle Océane O., je suis infirmière aux urgences pédiatriques depuis
7 3 ans et je suis diplômé aussi depuis 3 ans. J'ai fait mon stage pré-pro ici, et pour donner
8 suite à ça, ils m'ont embauché dans le service.*

9 ESI: Quelle est votre expérience professionnelle ?

10 IDE 1: *J'ai fait 2 mois d'intérim à la sortie du diplôme juste avant d'obtenir mon poste aux
11 urgences pédiatriques.*

12 ESI: Que pouvez-vous me dire sur les compétences indispensables d'une infirmière en
13 pédiatrie ?

14 IDE 1: *Il faut avoir un bon relationnel avec les enfants. Déjà aimé ça ! Il faut avoir
15 beaucoup de patience et aussi prendre en charge aussi les parents. Parce qu'en pédiatrie ce
16 qui est important c'est de prendre en charge l'enfant, mais aussi les parents, qui sont très
17 présents ou pas selon les cas des enfants. Ensuite, ..., ce qui est bien aussi c'est d'avoir un peu
18 d'expérience en pédiatrie. Euh ! Par exemple, ..., si on est qu'infirmière, c'est bien d'avoir
19 fait des stages en pédiatrie, d'avoir bougé dans certains services parce qu'il y a beaucoup de
20 pathologies ! Nous ici on reçoit beaucoup d'enfants chroniques, selon la chronicité ou la
21 pathologie, si on ne sait pas trop ce que sait ! Ou il y a beaucoup de soins techniques selon
22 l'équipement des enfants, selon s'ils ont des voies centrales, et autres trucs comme ça. C'est
23 bien d'avoir un petit peu d'expérience à ce niveau-là.*

24 ESI: Quelle est la spécificité de la prise en charge du nourrisson ?

ANNEXE 6 : Retranscription entretien infirmière n 1

25 IDE 1 : Dans la relation avec le nourrisson, les spécificités, ..., déjà c'est un être fragile, à
26 manipuler avec délicatesse. Ensuite, ..., le contact aussi c'est important ! Quand tu as les
27 mains froides sur un nourrisson, ça va être tout de suite ressentie comme une agression, alors
28 que pour un enfant ça va être un peu différent. Ça va être beaucoup basé sur les sens en fait,
29 le son de la voix, le toucher, le ton de la voix, les cris. Il faut que ce soit dans une atmosphère
30 assez calme. Tout ça ! Et puis, le nourrisson, ..., il faut parler beaucoup avec les parents !
31 Expliquer tout ce que l'on fait sur l'enfant de A à Z dans le détail. Et puis aussi ce qui est la
32 spécificité, c'est que pour les soins c'est différent d'un enfant ou d'un adulte. Par exemple
33 pour une prise de sang, ça va être des petits tubes avec la micro-méthode, je ne sais pas si tu
34 as fait des stages en pédiatrie ? Et donc du coup pour certains parents qui ne connaissent
35 pas, il faut tout bien expliquer.

36 ESI : Oui, j'ai un stage en pédiatrie à l'UPIX !

37 IDE 1 : Ah l'UPIX ! Ah beh ! C'est bien !

38 ESI : Oui, c'était excellent !

39 ESI : Quelles sont les répercussions d'une hospitalisation chez un nourrisson ?

40 IDE 1 : Je ne sais pas trop vu qu'on ne s'occupe pas trop de l'hospitalisation aux urgences
41 pédiatriques. Je n'ai pas assez de recul au niveau de l'hospitalisation, car nous on voit les
42 enfants que sur un certain court, après ils partent en hospitalisation. Pour certain, ça peut
43 arriver parfois qu'on les retrouve. Pour le nourrisson, c'est difficile parce que, ..., au niveau
44 du souvenir du soin, tout ça !... Je n'ai pas l'impression, ..., enfin je ne ressens pas de
45 répercussions, alors qu'un enfant de 2 ans, ..., oui, il va se rappeler des choses. Il va avoir
46 une appréhension déjà au niveau de la vue de la blouse blanche.

47 ESI : Mon travail concerne le nourrisson de 1 mois à 2 ans.

ANNEXE 6 : Retranscription entretien infirmière n 1

48 IDE 1 : Ah ! Ok ! En fait du coup, j'ai plus l'impression que c'est plus un peu plus grand qu'il
49 va y avoir des répercussions. Vers à peu près un an, ou il va prendre plus conscience. Avant
50 peut-être qu'il y a des répercussions, mais on s'en rend moins compte, c'est peut-être dans
51 l'inconscient et après plus tard qu'il va avoir des appréhensions, mais je n'ai pas
52 l'impression de ça. Sauf les nourrissons qui restent des mois et des mois en hospitalisation !
53 Mais après ici aux urgences, c'est difficile de voir les répercussions.

54 ESI : Quelles sont les répercussions d'une hospitalisation chez les parents ?

55 IDE 1 : Tout dépend pourquoi l'enfant est hospitalisé ! Si c'est pour des choses plus ou
56 basiques !... Si c'est pour une intervention, il va y avoir du stress, beaucoup de questions et
57 après en général tout dépend des médecins et du personnel soignant que les parents ont vu.
58 S'ils ont bien explicité les choses ! Si tout est clair au niveau des informations et qu'ils sont
59 rassurés ! C'est plutôt bien vécu ! Mais si en face d'eux, ils ont des questions sans réponses,
60 ou là ça peut-être plus difficile pour eux et plus stressant. Ils sont beaucoup en attente de
61 réponse sur exactement ce qu'il va se passer et donc il faut pouvoir y répondre. Après c'est
62 normal qu'ils soient stressés et tout ça !

63 ESI : Quelle place donnez-vous aux parents pendant l'hospitalisation du nourrisson ?

64 IDE 1 : Les parents ont une place, ..., ils font partis intégralement du nourrisson. Du moment
65 que le nourrisson est hospitalisé, il y a aussi les parents. Ils ont une place centrale.

66 ESI : Quelle est votre place dans le soin avec les parents et le nourrisson ?

67 IDE 1 : Il faut expliquer avant, pendant et après le déroulement du soin. Pour le nourrisson,
68 on essaye de mettre en place des choses pour le côté antalgique comme la succion avec le
69 sucre dans les premiers mois de vie, ça marche très bien.

70 ESI : En quoi votre formation professionnelle favorise votre positionnement infirmier ?

ANNEXE 6 : Retranscription entretien infirmière n 1

71 IDE 1 : Au niveau de la formation professionnelle dans le diplôme d'infirmier, on nous
72 apprend les bases de la relation avec le nourrisson. Je pense que ça se fait naturellement le
73 positionnement infirmier et après il s'affine avec l'expérience professionnelle. C'est sur le
74 terrain où tu réalises réellement et où tu te positionne dans la relation de soin en tant
75 qu'infirmier.

76 ESI : Avez-vous rencontrées des difficultés dans votre travail au quotidien ?

77 ESI : Si oui, lesquelles ?

78 IDE 1 : Oui, tous les jours on rencontre des difficultés dans notre quotidien. Lors d'un
79 soin avec un nourrisson ou c'est difficile d'avoir une voie périphérique, ou l'on galère
80 tout ça et que les parents commencent à perdre patience ! Il faut expliquer que si c'est
81 nécessaire, on n'a pas trop le choix et qu'il faut obtenir la voie périphérique, malgré de
82 nombreuses reprises. Ici, aux urgences, on fait face à beaucoup, ..., aux stress des
83 parents, ..., donc à de l'agressivité lié au stress des parents, ..., souvent parce qu'en général
84 les personnes qui nous agressent et qui nous parlent mal à la suite quand tout va bien, ...,
85 à têtes reposer, ..., ils reviennent et viennent s'excuser ! Ça s'est quelque chose qu'il faut
86 prendre en compte au niveau des urgences ! Mais aussi dans l'organisation du service,
87 des difficultés, on en a tous les jours, des problèmes souvent de matériels et de moyens. Au
88 niveau des personnels, comme on est dans un nouveau service, les responsables essayent
89 de mettre en place des conditions satisfaisantes pour améliorer par rapport à l'ancien
90 service.

91 ESI : Est-ce que vos émotions ont eu un impact sur votre positionnement infirmier ?

92 IDE 1 : Sur mon positionnement infirmier non.

ANNEXE 6 : Retranscription entretien infirmière n 1

93 ESI : Est-ce que tu as eu une situation qui t'as mis en difficulté dans la relation avec un
94 nourrisson ?

95 IDE 1 : Comme je te disais oui un nourrisson, je peux le voir, mais ça va être que quelques
96 heures. L'attachement ça peut se faire, mais c'est très court. Donc du coup ce n'est pas
97 vraiment un attachement. Ce n'est pas comme dans un service ou pendant des mois et des
98 mois, on voit un nourrisson ou tu t'en occupe tout le temps.

99 ESI : Est-ce que tu peux m'expliquer cette notion d'attachement pour toi ?

100 IDE 1 : Je pense que l'attachement ne dépend pas de l'enfant, mais de la situation. J'ai
101 une situation qui me vient à l'esprit là d'un petit nourrisson, qui a été maltraité et que l'on a
102 prise en soin. Il est resté que quelques heures aux urgences, mais c'est vrai qu'après je suis
103 allé le voir en service ou il est resté des mois en haut,..., forcément après maltraitance, il y a
104 tout un processus qui se met en place avec le procureur tout ça pour que l'enfant soit placé.
105 Donc oui, il reste des mois en hospitalisation, mais nous c'est quelques heures. Tu t'attaches
106 à la situation, mais pas à l'enfant parce que tu n'as pas assez de temps. Il y a des situations
107 qui te marque, mais les émotions, j'essaye,..., déjà au niveau infirmier, de mon travail, ça ne
108 change rien à mon positionnement. Il y a peut-être quelque chose qui me touche plus
109 particulièrement ou je sais que je vais avoir plus de mal, je vais voir avec mes collègues pour
110 savoir si elles peuvent prendre le relai. On en discute entre nous et on échange nos places au
111 niveau des soins. Mais c'est vrai que tu n'as pas le temps de t'attacher spécialement et c'est
112 aussi pour ça que je suis ici dans ce service. C'est vrai que je ne pourrais pas travailler en
113 onco-hémato avec des enfants hospitalisés des mois et des mois et les suivre au niveau
114 émotionnel !... Quand tu es un peu sensible ! Il ne vaut mieux pas ! Alors qu'ici, on voit les
115 enfants ! Certes ça nous touche ! Mais comme il y a plus de suivi derrière, il y a un
116 détachement qui se fait aussi rapidement que quand tu t'attaches à l'enfant.

ANNEXE 6 : Retranscription entretien infirmière n 1

117 ESI : Utilisez-vous des techniques particulières pour entrer en relation avec le nourrisson ?

118 ESI : Si oui, lesquelles ?

119 IDE 1 : Comme je te disais avec les bébés de quelques mois, on leurs donnent une succion de
120 sucre, le doudou, l'odeur de la maman, le mettre au sein pendant les soins si la maman est
121 d'accord et si elle allaite l'enfant. Pour les plus grands, à partir d'un an, on utilise beaucoup
122 de la musique, le jeu, de la distraction, ..., tout ce qui peut faire changer et mobiliser
123 l'attention de l'enfant sur autre chose que ce qu'on est en train de faire. J'utilise pas mal de
124 vidéo quand l'enfant est agité ou en stress total, ça marche très bien. Après je m'adapte en
125 fonction de l'enfant. Il y a des enfants ou la vidéo marche très bien et d'autres ou c'est le son
126 qui marche très bien.

127 ESI : Merci beaucoup pour le temps que vous m'avez consacré et votre participation à mon
128 questionnaire.

ANNEXE 7 : Retranscription entretien infirmière n 2

1 L'infirmière s'est rendue disponible à mon questionnaire pendant une demi-heure après avoir
2 cadrer tous ses soins et l'entretien avec elle s'est déroulée dans la salle de soin à un moment
3 calme, à l'abri d'une ambiance bruyante et des parasitages tels que le dérangement par un
4 tiers et le téléphone.

5 ESI: Bonjour, pouvez-vous vous présenter ?

6 IDE 2: *Bonjour ! Je m'appelle Sandra, je suis infirmière diplômée depuis 2013, ça va faire 5*
7 *ans en juillet. Je suis arrivé dans le service, il y a seulement deux ans à 2 ans.*

8 ESI: quelle est votre expérience professionnelle ?

9 IDE 2: *J'ai fait 2 ans de nuit sur le pool à l'hôpital en sachant que c'est un service, qui*
10 *faisait adulte et enfant. et j'étais 10 ans aide-soignante avant d'être infirmière.*

11 ESI: Que pouvez-vous me dire sur les compétences indispensables d'une infirmière en
12 pédiatrie ?

13 IDE 2: *Alors en pédiatrie beaucoup de patience, beaucoup d'empathie, de l'écoute, être*
14 *surtout attentif aux besoins de l'enfant et des parents. Et toujours se renouveler, renouveler*
15 *ses connaissances, renouveler sa façon d'appréhender les choses, avoir beaucoup,...,*
16 *beaucoup de recul. C'est en pédiatrie,..., en pédiatrie, il faut avoir cette capacité, et ce n'est*
17 *pas toujours facile, de tout laisser au travail. Le soir, peu importe ce qui peut arriver, je*
18 *ferme le placard et je pars à la maison et je n'ai pas ma journée. On l'a quand même. Mais*
19 *euhhh,..., et puis avoir de l'écoute et être vraiment attentive aux besoins des parents et de*
20 *l'enfant.*

21 ESI: Quelle est la spécificité de la prise en charge du nourrisson ?

22 IDE 2: *Le nourrisson ça va être beaucoup de l'observation,..., l'observation et beaucoup*
23 *d'écoute des parents. On ne peut pas arriver en disant que oui, on connaît mieux votre enfant*
24 *que vous,..., on connaît mieux l'enfant. En fait, si tu veux, on ne peut pas arriver chez les*

ANNEXE 7 : Retranscription entretien infirmière n 2

25 *bébés, en sachant qu'on a nos connaissances générales, mais il faut savoir que chaque*
26 *nourrisson est différent et il a sa spécificité. J'ai été formé sur le tas, ..., en faisant des stages*
27 *en fin de 2e année et de 3e année, et je me suis vraiment formé sur le tas en fait, ..., donc j'ai*
28 *mes connaissances. Je me suis beaucoup inspiré, ..., enfin j'ai regardé mes collègues comment*
29 *elles travaillaient et après je me suis surtout basé et fais confiance aux parents. Après les*
30 *mamans qui ont eu leurs premiers enfants pas trop parce que c'est elles qui ont plus besoin de*
31 *moi. Et vraiment, ..., je me fie aux parents et à mon instinct. T'es obligé d'avoir tes*
32 *connaissances, mais après c'est vraiment à l'instinct chez l'enfant. De toute façon chez le*
33 *bébé dans tous les cas, c'est beaucoup d'observation.*

34 *ESI : Quelles sont les répercussions d'une hospitalisation chez un nourrisson ?*

35 *IDE 2 : Oui, il y a des répercussions. Ils ont le sommeil qui est perturbé. Souvent des enfants*
36 *qui faisaient plus ou moins leurs nuits avant et qui arrivés à l'hospitalisation, ils font moins*
37 *leurs nuits. Sur l'alimentation, il n'y a pas très longtemps, on a eu un enfant qui est resté un*
38 *petit moment et qui ne mangeait plus. Il mangeait beaucoup moins, il dormait moins. Et dès*
39 *qu'il est rentré à la maison, il s'est remis à manger et à refaire ses nuits. Donc oui c'est*
40 *perturbant ! Ça les perturbe dans leur rythme de vie. Et puis, ils sentent le stress des parents.*
41 *Ils sentent que toutes les 3h, quand nous, ..., on intervient dans la chambre. Ils sentent qu'il y a*
42 *quelque chose qui, ..., donc oui. En tout cas l'alimentation, le sommeil, et, ..., et ils ont besoin*
43 *de beaucoup plus de contact aux parents. Souvent ce sont des enfants qui ont besoin, très*
44 *besoin, et beaucoup besoin d'être au contact des parents. C'est des parents qui souvent vont*
45 *dire qu'il est tout le temps au bras dès que je le pose. Toujours besoin d'être dans la poussette*
46 *ou en mouvement et qui ne supporte pas d'être dans le lit parce que souvent ils sont passés*
47 *par la réanimation, ou ils étaient vraiment beaucoup au lit et suivant aussi ici comment ils*
48 *sont équipés, ils sont beaucoup au lit aussi. Donc oui, ça les perturbe les bébés l'air de rien.*

ANNEXE 7 : Retranscription entretien infirmière n 2

49 *ESI* : Quelles sont les répercussions d'une hospitalisation chez les parents ?

50 *Ben c'est pareil chez les parents leurs sommeils est perturbé. Il y en a qui s'alimente moins,*
51 *donc on les oblige à s'alimenter. On leur dit « maintenant stop ! Maintenant c'est l'heure*
52 *d'aller manger, vous allez manger ». Il y en a qu'on a poussés dehors,..., « allez stop !*
53 *Sortez ! Partez ! Vous allez vous faire un tour avec votre mari et rentrer à la maison ». La*
54 *nuit pareille pour dormir, ce soir, on gère, les filles de nuit vous gèrent l'enfant. Ils ont un*
55 *sentiment de culpabilité,..., ils n'osent pas, non je vais vous embêter,..., les filles de nuit leurs*
56 *disent soit je vous laisse l'enfant dans la chambre et c'est nous qui faisons les allers-retours*
57 *et on gère, soit le plus souvent les filles, elles prennent l'enfant dans la salle de soins à coté et*
58 *elles ferment les portes pour le mettre en condition de nuit, tu vois. Et elles le rendent au*
59 *petit,..., elles le ramènent au petit matin pour que les parents se reposent. Parfois, pour*
60 *certains parents c'est très compliqué et il y a des parents pour lesquelles c'est super facile !*
61 *Ouais, c'est genre, « on a déjà eu »,..., « oui ben vous ne dormez pas avec votre enfant ».*
62 *« Ben non ! Vous comprenez, il est hospitalisé ! On a pleins de choses à faire ! On va faire ce*
63 *qu'on ne peut pas faire ! » « Ouais, mais Ok ! »... On a vraiment les deux extrêmes. Il y a les*
64 *parents à qui tu es obligé de leur dire « s'il vous plait, allez-vous faire un tour il faut là !*
65 *parce que vous êtes au bout et votre enfant est au bout aussi ! ». Et il y a des parents, tu les*
66 *supplies à rester « s'il vous plait, s'il vous plait ,... », il y en a de plus en plus et les médecins*
67 *font de plus en plus cette menace, c'est si vous voulez sortir, il faut rester une nuit avec*
68 *l'enfant. Si vous ne passez pas la nuit avec l'enfant, la sortie est refusée ! Et souvent c'est une*
69 *déclaration PMI qu'on fait derrière ! Un suivi PMI, ça veut dire que c'est des parents qui*
70 *sont light à l'hospit, à la maison même s'ils ont d'autres enfants,..., ce n'est peut-être pas*
71 *top ! Donc ce n'est pas une punition la PMI ! Mais c'est juste qu'il y a un suivi pour le bien-*
72 *être de l'enfant, s'assurer que tout va bien, qu'ok ils n'ont pas dormi là mais quand même à*
73 *la maison, ils sont organisés et qu'ils savent prendre soin de leur enfant.*

ANNEXE 7 : Retranscription entretien infirmière n 2

74 ESI : Quelle place donnez-vous aux parents pendant l'hospitalisation du nourrisson ?

75 IDE 2 : *Sa place entière, il assiste à tout ! En fait, il assiste à condition qu'il ait envie*
76 *d'assister ! Mais je ne ferais pas en disant je ne veux pas les parents. Je demande toujours*
77 *aux parents voilà je vais faire ça, ça et ça comme soins vous voulez rester ou vous ne voulez*
78 *pas rester. Vous voulez venir avec moi ou vous ne voulez pas venir. Je n'oblige en rien. Parce*
79 *qu'après il y a parfois des parents, ..., qui ont déjà eu quelquefois, j'étais en train de piquer*
80 *l'enfant et les parents, je les voyais pas bien et je leurs disais « Mais si ça ne va pas*
81 *sortez ! », et il me réponde parfois « Non, non, mais je crains, mais euhhh, ... ! », alors dans*
82 *ce cas je réponds « Non, si vous craignez, je ne vais pas pouvoir m'occuper de vous. Là je*
83 *suis en train de piquer votre enfant. Je préfère que vous soyez, ..., vous vous mettez derrière la*
84 *porte et je gère l'enfant avec une de mes collègues ». Mais après il y a des parents qui vont*
85 *dire « non, non, je prends sur moi ». Dans ce cas-là, on fait attention et on dit à la maman de*
86 *tourner la tête, je vais piquer. Mais on n'oblige pas les parents ! Si vous voulez, je vais faire*
87 *ça, ça et ça. Vous voulez être présente ou ne pas être présente. Vous ne voulez pas être*
88 *présente, ce n'est pas grave ! On ne vous oblige en rien ! Mais pour moi en fait, on est une*
89 *équipe. Et donc pour moi, on travaille tous ensemble. C'est la triade. Le parent à sa place et*
90 *il doit avoir sa place. Cependant il ne doit pas avoir la place et ce rôle de l'infirmier. Il y a*
91 *des parents ou, ..., quand ils sont là très longtemps, des chroniques, qui commencent à avoir*
92 *une place d'infirmier. Ils commencent prendre cette place « non, mais laisser je vais le*
93 *faire ! », il faut faire attention quand même ! Parce qu'ils doivent avoir cette place plus de*
94 *parent que d'infirmier.*

95 ESI : Quelle est votre place dans le soin avec les parents et le nourrisson ?

96 IDE 2 : *Il faut faire attention qu'ils aient leur rôle de parent. Mais quand on a eu un des*
97 *parents infirmier qui était du milieu, même aide-soignant. Mais là, Il faut dire attention ! Là*

ANNEXE 7 : Retranscription entretien infirmière n 2

98 *vous êtes plus du milieu. Là à l'heure actuelle, vous êtes le papa ou la maman de..., la blouse*
99 *blanche ok, on l'a juste en commun quand vous n'êtes pas à l'hôpital. Mais à l'hôpital, il faut*
100 *bien qu'il dépose cette blouse là qu'il connaisse. Et ceux qui ne sont pas du milieu infirmier,*
101 *on essaye de ne pas donner ce rôle surtout sur les chroniques ou on a une maman, très*
102 *chronique, qui est parti la semaine dernière, et qui avait ce rôle d'infirmier et qui disait*
103 *« moi, j'en peux plus ! J'en ai marre d'avoir ce rôle ! » ok parce qu'il y a des erreurs et il y a*
104 *eu des choses, mais du coup on évite, ..., on évite de, ..., ils ont déjà ce rôle de parent et c'est*
105 *déjà énorme en chirurgie cardiaque.*

106 ESI : En quoi votre formation professionnelle favorise votre positionnement infirmier ?

107 IDE 2 : *J'étais 10 ans aide-soignante avant d'être infirmière et du coup, ..., Moi ce que j'ai du*
108 *mal dans cette position, c'est de déposer un peu ma casquette d'aide-soignante. Bon après*
109 *c'est une volonté de moi comme je l'ai toujours dit le jour où je me la joue « STRICTE*
110 *INFIRMIERE » tapez moi dessus. Je veux garder cette double casquette, mais parfois c'est*
111 *compliquer parce que je suis trop dans mon boulot et je vois que les filles, elles galèrent, elles*
112 *courent, ..., j'ai du mal un peu à, ..., à, ..., j'ai besoin en fait quand il y a un départ, ..., de faire*
113 *souvent le départ toute seule et les filles vont me demander « t'es toute seule ? On est là ! »*
114 *, ..., et voilà quand on a déjà un vécu dans le milieu. Après il y en a qui ont été et qui ont*
115 *oublié ce qu'ils étaient avant. Mais moi, je sais que je ne veux pas l'oublier et je tiens à*
116 *continuer. Mais parfois, j'ai du mal un peu à me contenter que de mon, ..., ça me frustre, ..., il*
117 *y a des après-midis ou ça me frustre parfois de ne pas avoir pu aider les filles. J'ai du mal à*
118 *déléguer les soins et je ne suis pas du genre ou j'ai vu le lit....*

119 ESI : Avez-vous rencontrées des difficultés dans votre travail au quotidien ?

120 ESI : Si oui, lesquelles ?

ANNEXE 7 : Retranscription entretien infirmière n 2

121 IDE 2 : Au quotidien, ..., par où commencer, ..., au quotidien, on n'a pas du matériel qui
122 fonctionne. On a un cardiopad, qui ne fonctionne pas ou tu peux prendre jusqu'à 10 fois la
123 tension jusqu'à quand on s'énerve. Tu te dis c'est bon ! Ce n'est pas grave....problème
124 d'effectif actuellement puisqu'on a 5 congés mater, mais c'est la loi, on est que des filles ou
125 elles nous ont toutes pondues en même temps. Euhhh ! Problème de soutien de la cadre,
126 problème de, ..., en ce moment on travaille avec des intérimaires, c'est la galère, avec le pool,
127 on a une cadre qui gère mal les plannings ! Qui nous met une pression monstrueuse !
128 Euhhh !!! La pression qu'on subit tant auprès de la cadre, de la cadre sup, de la direction,
129 des médecins et les problèmes personnels. L'organisation du secrétariat, ..., en fait on a toutes
130 les répercussions. Le seul problème qu'on n'a pas, qu'on gère le mieux, c'est la relation avec
131 les nourrissons et les parents parce qu'on essaye malgré tout de continuer de bien accueillir
132 l'enfant, de bien prendre en charge autant qu'on le peut. Ce n'est pas toujours facile, mais ça
133 on n'arrive pas mal à se débrouiller pour qu'ils ne ressentent pas tout ça. Ils le voient dans
134 tous les cas. Mais je crois qu'on arrive pas mal à se débrouiller du fait qu'ils ne ressentent
135 pas le vrai malaise dans cette équipe qu'il y a en ce moment particulièrement.

136 ESI : Est-ce que vos émotions ont eu un impact sur votre positionnement infirmier ?

137 ESI : Si oui, pouvez-vous m'en parler ?

138 IDE 2 : Oui automatiquement, ..., parce que, ..., automatiquement tu as tes émotions parce que
139 quand tu es énervé, tu es moins patiente et tu vas plus répondre du « TACOTAC » et ça il faut
140 y faire attention ! Moi, il n'y a pas longtemps, j'ai eu des problèmes, convoqué par la
141 direction. T'es pas bien, t'es en larme, et t'as la journée qui continue. Quand tu as des
142 problèmes persos, des gros problèmes persos, ..., ben du coup t'es moins patiente pour l'avoir
143 vécu, l'année dernière, j'ai eu de gros problèmes persos et par souci, je n'arrivais pas à le
144 laisser aux vestiaires et à passer au-dessus, ça me prenait totalement et c'était plus

ANNEXE 7 : Retranscription entretien infirmière n 2

145 *d'agressivité, plus moins de patience et heureusement une équipe plus tolérante, qui m'a*
146 *soutenu, qui était derrière moi et qui m'a dit « STOP ! ». Pas tout le monde, mais deux filles*
147 *qui m'ont dit « stop ! Dis-nous ce que tu as ? Quelles sont tes problèmes ? Et on gère*
148 *ensemble ! Il faut que ça s'arrête.» Même la cadre m'a dit « Dites-moi vos problèmes ? On*
149 *les gère ! »*

150 *ESI : Comment gérez-vous vos émotions ?*

151 *Il faut en parler ! Pas en parler à tout le monde parce que tu n'as pas envie que tout le monde*
152 *le sache ! Mais,..., au moins en parler à une ou deux bonnes collègues, et il faut à moment*
153 *donner poser ses valises et stop. J'ai besoin d'en parler. Bon après il faut prendre du recul et*
154 *je fais énormément de sport à coté et c'est mon défouloir à côté. Il faut que chacune trouve*
155 *son défouloir pour moi c'est des heures et des heures à la salle de sport. Et surtout il faut en*
156 *parler à l'équipe quand il y a un mal être. En connaissance de cause du moment que j'en ai*
157 *pu en parler à l'équipe, oufff..., ben du coup tout le monde va mieux ! Il faut tout le temps se*
158 *remettre en question et à moment donner poser ses valises et se dire je suis un boulet. Il faut*
159 *que ça s'arrête ! Je mets la pression à l'équipe ! Je mets la pression ! Il faut que ça s'arrête !*

160 *ESI : Utilisez-vous des techniques particulières pour entrer en relation avec le nourrisson ?*

161 *ESI : Si oui, lesquelles ?*

162 *IDE 2 : Oui, tu as le chant, le contact. Pour les bébés qui ont une sucette, tu as le sucre sur la*
163 *tétine, qui crée de l'endorphine et ça les apaises. Le parent, ça nous arrive de piquer un*
164 *nourrisson dans les bras du parent, de piquer alors qu'il est au sein ! Toutes les petites*
165 *techniques qui vont permettre d'adapter le soin à l'enfant.*

166 *ESI : Avez-vous développé des moyens particuliers ?*

ANNEXE 7 : Retranscription entretien infirmière n 2

167 *IDE 2 : Ben oui, on chante, on a le portable. On s'adapte à chaque enfant. On n'a pas encore*
168 *les tablettes, mais c'est notre rêve d'avoir un bras articuler en fait en salle de soin pour*
169 *pouvoir justement passer et tu sais en même temps,..., taper, regarder un dessin animé. En*
170 *attendant, on a nos portables ! Après on a des jouets qu'on met spécifiquement en salle de*
171 *soin et qu'on utilise pendant les soins.*

172 *ESI : Merci beaucoup pour le temps que vous m'avez consacré et votre participation à*
173 *mon questionnaire.*

ANNEXE 8 : Retranscription entretien infirmière n 3

1 L'infirmière s'est rendue disponible à mon questionnaire pendant une demi-heure après avoir
2 cadrer tous ses soins et l'entretien avec elle s'est déroulée dans la salle de soin à un moment
3 calme, à l'abri d'une ambiance bruyante et des parasitages tels que le dérangement par un
4 tiers et le téléphone.

5 ESI: Bonjour, pouvez-vous vous présenter ?

6 IDE 3: *Bonjour ! Je m'appelle Pauline, je suis infirmière diplômée depuis 2012, ça va faire 6*
7 *ans en juillet. J'ai fait l'école d'infirmière et j'ai atterri ici dans le service.*

8 ESI: Que pouvez-vous me dire sur les compétences indispensables d'une infirmière en
9 pédiatrie ?

10 IDE 3: *Je pense qu'il faut de la patience et, ..., de l'écoute des parents et, ..., qu'il faut être*
11 *doux, rigoureux, ..., je pense que c'est les principales compétences requises en pédiatrie.*

12 ESI: Quelle est la spécificité de la prise en charge du nourrisson ?

13 IDE 3: *Ce qui est spécifique, c'est que les nourrissons, ils ne parlent pas ! Donc du coup*
14 *dans ta prise en charge de l'enfant, tu prends en compte aussi beaucoup les parents, surtout*
15 *la maman, quand elle allaite parce que le bébé ne sera pas là pour te dire ce qui va ou ce qui*
16 *ne va pas. On se fie beaucoup au ressenti des parents dans la prise en charge du nourrisson.*

17 ESI: Quelle sont les répercussions d'une hospitalisation chez un nourrisson ?

18 IDE 3: *Les répercussions c'est que cela va engendrer beaucoup plus de stress à un enfant*
19 *grand que à un nourrisson âgé de 1 mois. Le nourrisson commence à prendre ses repères à*
20 *partir de 6 mois et il se rend compte qu'il n'est plus dans son univers habituel.*

21 ESI: Quelle sont les répercussions d'une hospitalisation chez les parents ?

22 IDE 3: *Chez les parents c'est pareil beaucoup de stress, d'inquiétude, ..., les répercussions*
23 *demandent beaucoup d'organisation aussi. Surtout que nous, on hospitalise avec l'enfant*

ANNEXE 8 : Retranscription entretien infirmière n 3

24 *qu'un seul des deux parents. Du coup, ils sont obligés de s'organiser par rapport au travail,*
25 *etc....*

26 *ESI : comment vivent-ils l'hospitalisation de leur enfant ?*

27 *IDE 3 : ça cela dépend des parents en fonction s'ils sont plus anxieux, plus nerveux et*
28 *d'autres au contraire qu'ils sont de caractère calme. il y a 2 cas de figure parmi les parents*
29 *qui ne veulent pas rester dans le service : ceux qui ne restent pas parce que l'enfant a été*
30 *transféré directement de la maternité et du coup pour le lien entre la mère et l'enfant est un*
31 *peu compliqué au début, il ne reste pas de suite parce qu'ils ont du mal à prendre le rythme et*
32 *après oui , il y a ceux qui ne restent pas quelquefois parce qu'ils ont d'autres enfants et des*
33 *problèmes d'organisation en général. Et après à l'extrême, malgré les consignes, il y a aussi*
34 *les deux parents qui vont faire du forcing pour rester pendant l'hospitalisation.*

35 *ESI : Quelle place donnez-vous aux parents pendant l'hospitalisation du nourrisson ?*

36 *IDE 3 : On leur donne une grande place. On essaye de les investir dans tout. On les aide pour*
37 *faire la toilette quand c'est des nouveau-nés qui viennent de sortir de la maternité, on prend*
38 *un peu le relai de la maternité. On leur donne une éducation à l'hygiène, à l'alimentation et*
39 *aux premiers soins à réaliser chez les nourrissons avec les conseils sur l'allaitement par*
40 *exemple. On aide beaucoup à créer le lien mère-enfant lorsqu'ils sortent de la maternité*
41 *comme on sait que c'est compliqué, on prend beaucoup le relai de la maternité comme je t'ai*
42 *dit.*

43 *ESI : Quelle est votre place dans le soin avec les parents et le nourrisson ?*

44 *C'est une place centrale, l'infirmier est le lien entre le nourrisson et les parents.*

45 *ESI : En quoi votre formation professionnelle favorise votre positionnement infirmier ?*

ANNEXE 8 : Retranscription entretien infirmière n 3

46 *IDE 3 : La formation infirmière m'a donné les bases pour un positionnement classique, mais*
47 *après comme la formation n'a pas été ciblé sur la pédiatrie. C'est plus pendant mon*
48 *expérience en pédiatrie que j'ai pu affiner et développer ma posture et mon positionnement*
49 *infirmière dans la relation avec les nourrissons.*

50 *ESI : Avez-vous rencontrées des difficultés dans votre travail au quotidien ?*

51 *ESI : Si oui, lesquelles ?*

52 *IDE 3 : Oui, les petites difficultés que j'ai eues au début sont que je suis juste une infirmière*
53 *et pas puéricultrice. J'ai donc eu des lacunes à tout ce qui est développement de l'enfant,*
54 *l'allaitement, que je ne connaissais pas du tout avant d'arriver dans ce service. Les plus*
55 *grosses difficultés étaient celle-là, après le travail, il n'y a pas eu de difficulté.*

56 *ESI : Est-ce que vos émotions ont eu un impact sur votre positionnement infirmier ?*

57 *IDE 3 : Ben ici, pour ma part, c'est plus avec les parents que j'ai eu un sentiment*
58 *d'attachement. Mais après je n'ai pas vécu de situation, qui a modifié mon positionnement*
59 *infirmier. J'ai toujours réussi à prendre du recul, à garder le contrôle de moi-même et de mes*
60 *émotions.*

61 *ESI : Utilisez-vous des techniques particulières pour entrer en relation avec le nourrisson ?*

62 *IDE 3 : Oui, je communique beaucoup avec les bébés même si je sais qu'ils ne vont pas me*
63 *répondre. Je leurs explique tout ce que je vais faire. Si le nourrisson est en âge de*
64 *comprendre le jeu, on l'utilise à fond ici pour pouvoir réaliser un soin et mettre l'enfant en*
65 *confiance. On chante beaucoup, on utilise le téléphone pour mettre les comptines et vidéos*
66 *pendant les soins. L'utilisation de toutes les techniques comme gonfler des ballons et autres*
67 *qui vont permettre de capter l'attention et de distraire l'enfant.*

ANNEXE 8 : Retranscription entretien infirmière n 3

68 ESI : Merci beaucoup pour le temps que vous m'avez consacré et votre participation à mon
69 questionnaire.

ANNEXE 9 : Retranscription entretien infirmière n 4

1 L'infirmière s'est rendue disponible à mon questionnaire pendant une demi-heure après avoir
2 cadrer tous ses soins et l'entretien avec elle s'est déroulée dans la salle de soin à un moment
3 calme, à l'abri d'une ambiance bruyante et des parasitages tels que le dérangement par un
4 tiers et le téléphone.

5 ESI: Bonjour, pouvez-vous vous présenter ?

6 IDE 4: *Bonjour ! Je m'appelle Célia, je suis infirmière dans le service de cardiomyopathie*
7 *pédiatrique depuis décembre 2014 et diplômée depuis juillet 2014 et entre juillet et décembre*
8 *j'ai fait de l'intérim.*

9 ➤ ESI: Quel type de service en intérim ?

10 IDE 4: *j'ai fait un service de Soins de Suite et Réadaptation adulte, j'ai fait un centre*
11 *d'accueil pour enfant handicapé mentaux, ..., j'ai fait une maison de retraite, SSR cardio et*
12 *voilà tout je crois...*

13 ESI: Que pouvez-vous me dire sur les compétences indispensables d'une infirmière en
14 pédiatrie ?

15 IDE 4: *il faut être patient, il faut être à l'écoute des parents car c'est eux qui connaissent le*
16 *mieux l'enfant et, ..., il faut pouvoir s'adapter à l'enfant en fonction de l'âge qu'il a pour*
17 *entrer en communication avec lui et créer une relation.*

18 ESI: Quelle est la spécificité de la prise en charge du nourrisson ?

19 *La spécificité de la prise en charge du nourrisson, ..., Ben il ne parle pas ! Du coup et ben il*
20 *faut savoir ce qu'il a ? Selon les pleurs ! Selon le comportement physique ! Là tout à l'heure,*
21 *ma collègue en avait un, selon comment il se tortille et tout, on sait qu'il a mal au ventre !*
22 *S'il est sale ! Donc vu qu'il ne parle pas ! Tu dois vachement être à l'écoute de son non*
23 *verbal et para verbal, ainsi que des parents !*

24 ESI: Quelles sont les répercussions d'une hospitalisation chez un nourrisson ?

25 IDE 4: *En général à l'hôpital, les nourrissons dorment moins bien ! Euh !!! Plus ils sont*
26 *petits et mieux c'est ! Car ils n'ont pas le psychologique, qui rentre en jeu ! Et plus ils sont*
27 *grands et plus c'est possible qu'ils, ..., appréhendent les soins, qu'ils reconnaissent la salle de*
28 *soins ! Là où l'on pique et où l'on fait mal ! S'ils reconnaissent la salle, donc ils anticipent, ...,*
29 *et puis aussi plus ils sont grands et s'il y a eu une hospitalisation qui s'est mal passée ou*

ANNEXE 9 : Retranscription entretien infirmière n 4

30 *quoi ? Ils reconnaissent les blouses blanches ! Donc il y a la phobie des blouses blanches !*
31 *Ça existe chez le bébé ! Et il y a des bébés dès qu'ils nous voient, ils se mettent en transe !ils*
32 *hurlent ! On ne peut rien faire !*

33 ➤ *ESI :* est-ce-que vous pouvez me donner une tranche d'âge à peu près parmi ce que
34 vous avez pu repérer?

35 ➤ *IDE 4 :* *ça dépend vraiment ! Euh ! Pfff, ..., autour d'un an je dirais ! Les tout petits*
36 *non ! Je dirais peut-être 7-8 mois à un peu plus d'un an et demi. Après 2 ans, ils*
37 *commencent à parler, à utiliser des mots et donc c'est plus facile à entrer en*
38 *communication et d'avoir un, ..., de les raisonner. Mais quand tu n'as pas tout ça ! Là,*
39 *j'ai un petit, il a 16 mois dès qu'il me voit, il hurle à la mort ! Alors qu'on ne s'est*
40 *jamais vu ! donc ce n'est pas moi en tant que personne, mais moi en tant que*
41 *paramètre ! La blouse blanche !*

42 *ESI :* Quelles sont les répercussions d'une hospitalisation chez les parents ?

43 *IDE 4 :* *Ça dépend comment se passe l'hospitalisation ! Ça dépend du caractère des parents !*
44 *Si l'hospitalisation se passe mal ou parce que, pfff..., il y a pleins de raisons, parce que*
45 *l'opération s'est mal passée, parce qu'il y a eu des complications, ..., parce que ça passe pas*
46 *avec les médecins du coup ils n'ont pas d'explications. Euh ! Parce que les médecins parlent*
47 *en médecin et donc quelquefois ils ne s'adaptent pas aux parents ! Du coup, ils ont*
48 *l'impression qu'on leurs ne dit pas ! Parfois ça ne passe pas avec l'équipe ! Donc je pense*
49 *que ça laisse des traces ! Et après il y a des hospitalisations qui se passe très, très, très bien !*
50 *Tout roule ! Tout va bien ! Ils ont tout compris ! Ils s'entendent bien avec nous ! Ils sont*
51 *contents de notre travail ! Là je pense que ça met moins de séquelles et ça dépend aussi de la*
52 *durée d'hospitalisation. Plus l'hospitalisation est courte, mieux c'est ! Plus l'hospitalisation*
53 *est longue, plus t'es loin du reste de la fratrie s'il y a ! Plus t'es loin de chez toi ! Il y a qu'un*
54 *des deux parents qui peut rester la nuit. En général, l'autre parent travaille ! Donc t'es tout*
55 *seul entre tes quatre murs ! Bon les chambres sont grandes ! Entre tes 4 murs et ton bébé*
56 *malade et toi qui regarde le mur et le plafond ! Donc, enfin, ..., c'est un peu usant à force ! Et*
57 *après ça dépend du caractère des parents. Si t'es de nature stressé, ça va plus t'impacter que*
58 *si t'es zen et que tout te glisse ! Ça dépend vraiment ...*

59 *ESI :* Quelle place donnez-vous aux parents pendant l'hospitalisation du nourrisson ?

ANNEXE 9 : Retranscription entretien infirmière n 4

60 *IDE 4*: Les parents peuvent venir à tous les soins, n'importe quel soin, du moment qu'ils le
61 veulent ! Si jamais le parent ne se sent pas, il peut sortir et n'est pas obligé ! On leur dit bien
62 que s'ils veulent que la porte reste ouverte et qu'ils peuvent venir. Et que c'est vraiment s'ils
63 le sentent ! Après si c'est trop dur pour eux, on leur dit vous pouvez partir à tout moment ! Et
64 sans forcément dire, au lieu de, ..., s'il tourne de l'œil en plein milieu de la pièce, ce n'est pas
65 bon pour l'enfant non plus ! Euhhh ! Voilà, au niveau des traitements, vu que c'est des
66 traitements qu'ils vont avoir au domicile, c'est eux qui donnent les traitements ! Nous, on les
67 prépare et on les fait donner par les parents. Euh ! Voilà ! Au niveau du nurse et des toilettes
68 et tout, on les autonomise vachement ! Pour les pansements pareils ! Parce qu'ils vont les
69 avoir longtemps, soit ils ont fait les pansements, mais ce n'est pas des bains immergés ! Donc
70 il faut leurs apprendre, car c'est des soins qu'ils referont à la maison ! Donc ils sont
71 vachement acteurs ! Ce n'est pas « on s'occupe de mon enfant et moi je suis là !!! ». Et
72 pendant les soins, ils ont aussi beaucoup de distraction !

73 *ESI*: Quelle est votre place dans le soin avec les parents et le nourrisson ?

74 *IDE 4*: Moi, en général, je fais le soin ! (Rire) Après si les parents ne font pas trop de
75 distraction, ne rentre pas trop en relation avec l'enfant parce que le soin est trop compliqué
76 pour eux ! Ils se focalisent plus sur le soin ! La plupart du temps, on n'est pas seule quand on
77 fait un soin. Il y a l'auxiliaire de puériculture, soit c'est elle qui prend le relai et qui va
78 dédramatiser la chose, ...voilà, soit moi je m'arrête pendant mon soin et je mets une chanson !
79 Une vidéo sur mon téléphone ! On a des jouets ! Je chante une chanson ! Je demande à la
80 maman s'il a un truc qu'il aime particulièrement ! Si c'est des soins qui font mal ? On fait la
81 sucette et le sucre pour éviter qu'ils aient mal ! Moins l'enfant a mal, plus le parent est
82 détendu ! Plus le parent est détendu, plus il va bien distraire l'enfant ! Donc ça dépend de la
83 personne en face. Sois-je ne fais rien et je m'occupe uniquement de mon soin. Après
84 j'explique aux parents avant / après, mais pendant le soin je ne fais qu'uniquement l'acte !
85 Sois-je suppléante les parents.

86 *ESI*: En quoi votre formation professionnelle favorise votre positionnement infirmier ?

87 *IDE 4*: Alors je pense que c'est plutôt mon expérience qui a fait que je suis comme ça
88 maintenant plutôt que l'école ! L'école au niveau de la pédiatrie ne m'a absolument rien
89 appris parce qu'on n'a jamais fait de pédiatrie ! J'ai fait un stage en pédiatrie, c'est mon
90 stage en pédiatrie qui m'a appris, mais l'école en elle-même ! Non, rien ! Euhhh !, ..., Après je
91 pense qu'il y a des trucs qu'ils ne peuvent pas trop s'apprendre ! Au niveau de la posture, du

ANNEXE 9 : Retranscription entretien infirmière n 4

92 *savoir être, ..., je n'ai pas eu l'impression d'être, ..., que en tant que personne dans mon savoir*
93 *être, d'être différent avant et après l'entrer à l'école. Donc je dirais pas grand-chose !*

94 ESI: Avez-vous rencontrées des difficultés dans votre travail au quotidien ?

95 ESI: Si oui, lesquelles ?

96 IDE 4: *(Rires) avec le nourrisson ou avec la structure hospitalière ? Bon au niveau*
97 *institutionnel, il y a tellement de chose à dire, mais ce n'est pas le sujet de ton TFE. Mais*
98 *au niveau du nourrisson, des difficultés, ..., oui, ça dépend des parents ! Il y a des parents*
99 *avec qui cela ne passe pas d'un point de vue humain et si ça ne passe pas, vraiment,*
100 *vraiment, cela va t'affecter, ça va m'affecter au niveau de mon savoir être et il y a des*
101 *moments où l'on va passer la main. Et on va se dire que là c'est plus possible ! Je vais*
102 *être maltraitant pour les parents et l'enfant ! Dans la façon, j'en peux plus, ce n'est pas*
103 *possible, ..., et du coup c'est bien de passer la main ! ça m'est arrivé une fois en disant*
104 *que je, je vais péter un câble !*

105 ESI: pourquoi ? Que s'est-t-il passé ?

106 IDE 4: *Des parents très agressifs au niveau verbalement ! Ce n'est pas contre moi en tant*
107 *que personne, mais très, très agressifs dans leurs façons de faire, de nous parler ! c'était*
108 *très compliquer ! j'ai pas trop, ..., j'ai été très affectée, et puis du coup j'ai vu avec ma*
109 *collègue et elle était d'accord pour que je passe la main parce que j'allais répondre à son*
110 *agressivité par de l'agressivité, alors que c'est pas mon job et je n'avais pas à faire cela !*
111 *je le sentais en moi ça allait venir ! Donc il valait mieux passer la main plutôt que passer*
112 *à l'acte !*

113 ESI: Il y avait une incompréhension de leurs parts ?

114 IDE 4: *Non, je pense qu'il y avait beaucoup, beaucoup de stress ! Et pareil, caractère de*
115 *base, de tout mélanger ! Très, très agressifs ! Et c'était un peu compliquer ! Et, ..., après*
116 *quand on a des hospitalisations qui ne se passent pas très bien et qu'ils se finissent un peu*
117 *mal avec des parents et des enfants avec qui tu t'es attachée parce que tu les as eus très,*
118 *très longtemps ! Donc je ne pense pas que ça on s'habitue !*

119 ESI: Est-ce-que tu peux me parler un plus de l'attachement à ses enfants ? Qu'est-ce qui
120 fait que tu t'es attaché ?

ANNEXE 9 : Retranscription entretien infirmière n 4

121 *IDE 4* : Ben, c'est une petite qu'on a eu dès la naissance et qui est restée 8 mois dans le
122 service dernièrement là ! Et qui est décédée à la réanimation ! Donc, ..., c'est comme je
123 suis à 100%. J'ai un repos par semaine, un week-end sur deux ! Je suis là quasiment tous
124 les jours ! Euh ! En général, on ne change pas forcément de secteur ! Ça dépend avec qui
125 t'es ! Je me suis occupé de cet enfant pendant 8 mois ! Les parents vivent ici au bout d'un
126 moment ! Tu prends un peu tes aises ! Quoi ! Ils nous connaissent ! Ils rigolent plus
127 facilement avec nous ! C'est, ..., il y a un lien qui se crée avec les parents ! Et du coup se
128 crée avec l'enfant et quand ça finit mal !... En sachant qu'en général, on le voit un petit
129 peu venir que ça va finir mal, mais c'est toujours un peu compliquer ! Quoi !

130 *ESI* : Et comment tu l'as vécu ?

131 *IDE 4* : Un peu mal !... Ben quand ça s'est passé ! J'étais avec une collègue à la
132 réanimation pour voir les parents parce qu'on trouvait ça important pour eux ! Parce que
133 mine de rien, on est des soignants, mais vu qu'elle a vécu 8 mois avec nous ! les parents
134 ont vécu 8 mois avec nous en fait ! La mère, elle était là tout le temps ! Elle n'a pas vu ses
135 autres enfants ! Elle n'a plus son cercle familial, son cercle amical ! C'était en fait sa
136 vie ! Et du coup, ça les a faits très plaisir qu'on descende les voir parce que ça veut dire
137 qu'on prend en considération et pas seulement en tant que patient et numéro de chambre !
138 Et voilà !!! Bon ! On a beaucoup pleuré !

139 *ESI* : Est-ce que vos émotions ont eu un impact sur votre positionnement infirmier ?

140 *IDE 4* : Je ne sais pas !...Je ne sais pas parce que, ..., je n'ai pas eu l'impression comme je
141 t'ai dit tout à l'heure que par rapport à l'école d'avoir changé ! Donc je n'ai pas l'impression
142 que par rapport aux expériences que je vis au boulot, ça me change dans mon
143 comportement !... Après je suis quelqu'un de très, ..., j'ai 4 ans dans ma tête ! Quoi ! Donc je
144 m'adapte très bien aux enfants de 4 ans ! (Rire)...J'ai une facilité de contact avec les enfants
145 et avec les parents ! Et Euh ! Je trouve que c'est important que d'expliquer ! En fait, je me
146 mets à la place des parents et je me dis que si c'est mon enfant qui était soigné ! J'aimerais
147 bien qu'on me traite comme je traite les parents ! Donc, ..., j'ai pas eu l'impression d'être
148 plus humaine ou au contraire plus aigri ou meurtri par rapport aux expériences néfastes
149 qu'on a eu dans le service !

150 *ESI* : Comment gérez-vous vos émotions ?

ANNEXE 9 : Retranscription entretien infirmière n 4

151 *IDE 4: En soit c'est en équipe ! Je ne suis pas descendu à la réanimation toute seule !*
152 *J'étais avec une collègue ! On en parle avec l'équipe ! Donc avec des personnes avec qui*
153 *tu es plus ou moins proche ! En général, sans citer les noms, j'en parle à ma mère parce*
154 *qu'elle est infirmière ! Du coup, c'est facile ! Sinon avec mon mari ! Il voit très bien*
155 *quand je rentre à la maison si j'ai eu une journée pourri ou pas ! Donc ça aide beaucoup*
156 *aussi !!!*

157 *ESI: Utilisez-vous des techniques particulières pour entrer en relation avec le nourrisson ?*

158 *ESI: Si oui, lesquelles ?*

159 *IDE 4: Oui, ..., Soit ça passe par les parents ! Quand tu vois que les parents sont un peu*
160 *tendus ! Puis il faut un peu détendre les parents avant de voir le nourrisson. Et après c'est*
161 *les chansons, les contines, tout ce qui fait de la musique, ..., le bruit et la lumière en gros !*
162 *Parce que les bébés voient de près ! Et donc si tu leurs mets un truc à distance, ça ne sert*
163 *à rien ! Il ne voit rien ! Et tout ce qui est de la musique ou coloré ou nouveau ça les*
164 *intéresse vachement ! Les petits papiers qui font du bruit, genre l'emballage des bandes !*
165 *Pas besoin de prendre un truc de fou ! Ça fait du bruit ! Tu les frottes dans ta main et ils*
166 *adorent ! Voilà ! Les petites peluches ! Les trucs colorés ! Les trucs sur les vestes ! tout ce*
167 *qui fait du bruit ou coloré ou qu'ils peuvent attraper !*

168 *ESI: Avez-vous développé des moyens particuliers ?*

169 *IDE 4: J'ai plus de stylos et de trucs fun sur moi ! (Rires) ... Parce que voilà c'est quand tu*
170 *es auprès de l'enfant que tu en as besoin ! Voilà ! Quoi ! J'ai appris pleins de comptines !*
171 *Parce que je ne connaissais pas les comptines ! (Rires) ...*

172 *ESI: Merci beaucoup pour le temps que vous m'avez consacré et votre participation à*
173 *mon questionnaire.*

Le résumé en Français :

À la suite d'un stage en pédiatrie, j'ai eu l'occasion d'être confronté dans une relation avec un nourrisson et je me suis posé la question suivante « comment rester professionnel sans s'attacher à l'enfant ? ».

Afin de pouvoir m'aider à comprendre comment l'infirmière peut-être un « atout » dans cette prise en charge, je me suis appuyée sur plusieurs lectures professionnelles. Dans le but de compléter mes recherches, j'ai également effectué des entretiens auprès d'infirmières diplômées d'état. Ces derniers m'ont permis d'approfondir mes connaissances sur leur pratique ainsi que connaître leur avis concernant la présence des parents durant le soin.

Un des points cruciaux est la relation d'aide qui va permettre en collaboration avec les parents de mettre en place un accompagnement personnalisé du nourrisson. La triade « soignant/parents/enfant » joue, un rôle très important en pédiatrie.

Quand les parents et les soignants « s'unissent » pour l'enfant, le soin devient alors plus facile et moins anxiogène pour chacun !

Les mots clefs : Pédiatrie, parents, nourrisson, infirmier, relation d'aide.

The abstract in English :

Following an internship in pediatrics, I had the opportunity to be confronted by a relationship with an infant and I asked myself the following question "how to stay professional without attaching to the child? ".

In order to help me understand how the nurse may be an "asset" in this care, I have on several professional readings. In order to complete my research, I have conducted interviews with state-trained nurses. They have allowed me to deepen my knowledge on their practices as well as to know their opinion concerning the presence of parents during care.

One of the crucial points is the helping relationship that will allow in collaboration with parents to set up a personalized support of the infant. The "caregiver / parents / child" triad plays a very important role in pediatrics.

When parents and caregivers are "united" for the child, care becomes easier and less stressful for everyone!

The keywords : Pediatrics, parents, infant, nurse, helping relationship.