

# **Les spécificités de la prise en charge des enfants en pédiatrie**

Unité d'enseignement 5.6 S6

Analyse de la qualité et traitement des données scientifiques et professionnelles

Date de rendu : 30 mai 2023

Directeur de mémoire : Dorothée Ballois

**Note aux lecteurs et lectrices :**

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

## **Remerciements**

Premièrement, je tiens à remercier ma directrice de mémoire, Mme Ballois pour sa patience, son soutien, sa disponibilité et son aide qui ont contribué à la réalisation de ce travail de fin d'études.

Je remercie également Mr Bonifazzi, mon référent pédagogique et l'ensemble de l'équipe du GIPES d'Avignon ainsi que les intervenants pour leurs apports théoriques, qui ont permis la construction de ce travail, sans oublier Mme Lefebvre, Mme Nadaud et Mme Dallant, documentalistes au Centre de Documentation et d'Information.

Un grand merci au Centre Hospitalier qui m'a permis de réaliser mon enquête exploratoire et aux professionnels de santé qui m'ont accordé un temps précieux pour la réalisation de mes entretiens en répondant à mes questions. Je remercie également la co-jury qui prendra le temps de lire mon travail et d'être présent le jour de la soutenance de mémoire.

Merci à mes amies Charlotte, Julie et Alice qui ont été présentes et qui ont su me soutenir et m'aider pendant ces trois années remplies de joie mais aussi de moments difficiles.

Enfin, je remercie mes proches, notamment mes parents et ma sœur qui ont toujours su m'encourager et m'aider à avancer pendant ce temps de formation.

## Sommaire

<b><u>1</u></b>	<b><u>Introduction</u></b>	<b><u>1</u></b>
<b><u>2</u></b>	<b><u>Situation d'appel</u></b>	<b><u>2</u></b>
<b><u>3</u></b>	<b><u>Questionnement</u></b>	<b><u>4</u></b>
<b><u>4</u></b>	<b><u>Question de départ</u></b>	<b><u>7</u></b>
<b><u>5</u></b>	<b><u>Cadre de référence</u></b>	<b><u>8</u></b>
<b>5.1</b>	<b>La prise en charge d'un enfant</b>	<b>8</b>
5.1.1	Le développement psychoaffectif de l'enfant	8
5.1.2	La relation soignant-soigné en pédiatrie	10
5.1.3	La place de la famille dans la prise en charge d'un enfant	12
<b>5.2</b>	<b>Les compétences spécifiques en pédiatrie</b>	<b>14</b>
5.2.1	Définition des compétences	14
5.2.2	Les compétences de l'infirmière puéricultrice	16
5.2.3	La transmission des compétences	18
<b>5.3</b>	<b>Les émotions du soignant</b>	<b>20</b>
5.3.1	Définitions et rôle des émotions	20
5.3.2	Les émotions dans le soin	22
5.3.3	La gestion des émotions	26
<b><u>6</u></b>	<b><u>Enquête exploratoire</u></b>	<b><u>28</u></b>
<b>6.1</b>	<b>Outil utilisé</b>	<b>28</b>
<b>6.2</b>	<b>Population choisie</b>	<b>29</b>
<b>6.3</b>	<b>Lieu d'investigation</b>	<b>29</b>
<b>6.4</b>	<b>Guide de l'outil</b>	<b>30</b>
<b>6.5</b>	<b>Réalisation de l'enquête, difficultés et limites rencontrées</b>	<b>31</b>
<b>6.6</b>	<b>Synthèse des entretiens</b>	<b>32</b>
<b><u>7</u></b>	<b><u>Analyse des entretiens</u></b>	<b><u>39</u></b>
<b><u>8</u></b>	<b><u>Problématique</u></b>	<b><u>45</u></b>
<b><u>9</u></b>	<b><u>Question de recherche</u></b>	<b><u>51</u></b>
<b><u>10</u></b>	<b><u>Conclusion</u></b>	<b><u>52</u></b>
<b><u>11</u></b>	<b><u>Bibliographie</u></b>	<b><u>53</u></b>
<b><u>12</u></b>	<b><u>Table des annexes</u></b>	<b><u>56</u></b>

# **1 Introduction**

La pédiatrie est une « branche de la médecine qui a pour objet l'étude, le diagnostic, le traitement, la prévention des maladies infantiles et la protection de l'enfance ». Quel que soit le motif, la réalisation de soins, d'un examen, d'une opération, la mise en place d'un traitement ou une simple surveillance, l'hospitalisation est souvent vécue comme un moment difficile dans la vie de l'enfant et de ses parents. Pendant la formation et au cours de plusieurs stages, j'ai pu prendre en charge de nombreux enfants âgés de tous âges et comprendre la spécificité de leur prise en soins tant sur le plan technique que relationnel. Cette expérience et plus particulièrement la situation décrite par la suite m'ont permis de me questionner sur plusieurs points autour des soins apportés à l'enfant. En effet, la question de la nécessité de compétences spécifiques afin d'exercer le métier peut se poser. Par ailleurs, j'ai pu m'interroger sur la prise en charge d'un enfant et ce que cela engendre au niveau des émotions du soignant. La volonté à plus ou moins long terme d'exercer le métier d'infirmière puéricultrice renforce l'idée de mener une argumentation dans ce domaine. Ce travail va donc nous permettre de mener une réflexion, d'enrichir nos connaissances et de les confronter avec l'expérience de professionnels de santé.

Dans un premier temps, je décrirai ma situation d'appel vécue en stage ainsi que mon questionnement qui en découle. Dans un deuxième temps, à l'aide d'articles, de sites internet et de livres, je développerai les différentes idées des auteurs qui me permettront de créer mon cadre de référence, autour des trois thèmes de ma question de départ. De plus, j'expliquerai mes choix et le déroulé de mon enquête exploratoire auprès des professionnels de santé. Par la suite, je réaliserai une analyse des résultats de l'enquête en croisant les propos de chacun et en les confrontant au cadre de référence. Pour finir, je conclurai mon travail en proposant une question de recherche.

## **2 Situation d'appel**

Étudiante en soins infirmiers, en deuxième année, j'ai réalisé mon quatrième stage dans le service des Urgences Pédiatriques. C'est un service spécialisé dans l'accueil et le traitement des urgences pour les enfants de 0 à 15 ans et 3 mois. L'équipe pluridisciplinaire répond 24h/24 à la prise en charge des malades et des blessés qui se présentent d'eux-mêmes ou sont amenés par les services de secours. Les urgences pédiatriques comportent plusieurs secteurs répartis sur le même niveau : un secteur d'accueil et d'orientation, une salle d'urgence vitale, un secteur de soins médico-chirurgicaux et pour finir, un secteur infectieux. L'équipe paramédicale est composée de 16 infirmières et 8 auxiliaires puéricultrices réparties en roulements de jour et de nuit ainsi que de nombreux médecins et internes.

La situation s'est déroulée lors de mon premier jour au sein du service, soit le 8 septembre 2021. Cette semaine-là j'étais en poste du matin. Il est alors 9h00 lorsque nous nous rendons dans la chambre d'une enfant que nous prénommerons Marie afin de préserver son identité. La patiente est alors âgée de 3 ans et est amenée par sa maman aux urgences pour motif de constipation. En effet, Marie n'était pas allée à la selle depuis 8 jours et se plaignait de douleurs abdominales. Je m'avance alors en direction de la chambre accompagnée d'une auxiliaire de puériculture que nous prénommerons Lucie. Le but de notre visite était de « cadrer » la jeune fille, il fallait alors lui prendre les constantes (poids, tension artérielle, fréquence cardiaque, saturation en oxygène et température corporelle) et obtenir des informations complémentaires sur la venue aux urgences de Marie. Nous entrons dans la chambre où la jeune fille était calme mais au moment où elle nous voit rentrer elle se met alors à hurler. La maman nous explique alors que sa fille présente une constipation chronique depuis ses premiers mois de vie. Depuis sa naissance, elle a subi plusieurs hospitalisations afin de palier à ce problème. La maman ne sait alors plus quoi faire car aucune pathologie n'entraînerait ce problème de constipation mais selon les médecins, cela aurait une cause psychologique probablement liée à ce moment-ci à la rentrée des classes. En effet, quelques jours plus tôt la petite fille venait de faire sa première rentrée des classes en petite section de maternelle. Vient alors le moment de prendre les constantes de Marie, je demande à l'auxiliaire de puériculture si je peux procéder à ce soin, elle me répond qu'elle préfère le faire elle-même car la petite fille est toujours en pleurs depuis que nous sommes rentrées et comprend très rapidement que le soin risque d'être très compliqué. Lucie commence alors à expliquer à la petite fille qu'elle va lui poser un brassard sur l'avant-bras et que ça va lui

serrer le bras. Elle dit : « Ça ne dure pas longtemps et ça ne fait pas mal. ». Marie est absolument inconsolable et ne se laisse pas approcher. Elle se débat sur le brancard de la chambre. L'auxiliaire de puériculture propose alors à la maman de prendre sa fille sur ses genoux, ce qui pourrait la rassurer. Le réconfort de la maman n'a aucun effet sur Marie, la petite fille est inapprochable. Il nous est alors impossible de lui prendre les constantes, qui ont pourtant un rôle important notamment si besoin d'une prescription de médicaments. La maman est désemparée et ne sait pas comment calmer sa fille, elle essaie de la rassurer, d'utiliser des chansons ou encore des dessins animés mais la petite fille reste dans un état incontrôlable de peur et d'angoisse. La maman nous explique alors que Marie est « traumatisée » du personnel soignant à cause de certaines hospitalisations précédentes. En effet, certains soins lui ont été prodigués de force. Cela a entraîné chez elle une perte de confiance totale vis-à-vis des infirmiers, médecins et autre personnel médical. Nous nous retrouvons alors dans une impasse totale, entre l'impossibilité de prendre les constantes et la peur incontrôlée de la petite fille. A ce moment précis, je ressens un sentiment d'impuissance totale, je suis immobile devant la maman et Marie et me demande ce que je pourrais alors faire. Cependant, aucune idée me vient en tête et je ressens la même émotion de la part de Lucie, l'auxiliaire de puériculture. Toujours dans la chambre de la patiente, elle me regarde et dit alors : « Je ne sais pas comment on va faire, la mère ne sait même pas calmer sa fille qui fait un caprice ». Je comprends alors rapidement que Lucie prend la réaction de la petite fille comme un caprice et non comme une réelle peur. Elle se met alors à crier sur Marie en lui répétant sans cesse « Ça suffit ! On arrête les caprices maintenant ! On ne te fait rien de mal, on te prend juste la tension ! ». La petite fille continue alors de pleurer, l'auxiliaire de puériculture décide donc de lui prendre la tension de force mais en vain, les larmes de Marie étaient tellement fortes qu'on ne réussit pas à lui prendre les constantes. L'auxiliaire de puériculture décide alors de passer le relais au médecin, ce qu'on expliqua à la maman. On sort alors de la chambre et Lucie continue de m'expliquer que la petite fille était en train de faire un caprice et qu'elle en avait marre des enfants comme ça. A ce moment-là, plusieurs sentiments sont venus à moi. Premièrement, j'ai ressenti de la déception et de l'impuissance, celles de n'avoir pas pu réagir pour rassurer la petite fille. Puis, est venue la tristesse, tristesse de voir Marie dans cet état de peur et d'angoisse. Pour finir, j'ai ressenti un sentiment très fort, celui de la honte, celle-ci vis à vis de la maman par rapport à la réaction de Lucie envers la petite fille.

### **3 Questionnement**

Cette situation soulève plusieurs questionnements sur différents thèmes. Les urgences pédiatriques sont un milieu très particulier où la triade parents-enfant-soignants joue un rôle primordial dans la prise en soins. La prise en charge des patients prend une dimension éphémère et dans laquelle les émotions du soignant peuvent être mises à rude épreuve. Pour finir, même si le consentement des enfants dans le soin peut être difficile à obtenir, il est indispensable pour le bon déroulé du soin.

L'urgence en pédiatrie concerne un trio : une équipe médicale, un enfant et ses parents. Cette triade relationnelle est quasiment indissociable de la prise en charge d'un enfant. Si un des éléments manque, le soin peut être rapidement compromis voire impossible. On peut alors se demander si les éléments nécessaires au bon déroulé du soin étaient réunis dans le cas de Marie ? Intégrer les parents revient à mettre en relation trois partenaires lors du soin. Les partenaires se réunissent autour d'une préoccupation commune : le bien-être de l'enfant. Les soignants réalisent les soins nécessaires pour l'enfant. Les parents, veillent à la satisfaction des besoins et au confort de leur enfant. L'enfant qui représente la préoccupation centrale voit son bien-être comme une position sécurisante auprès de ses parents. On peut alors se questionner sur la place de la famille dans la prise en charge médicale d'un enfant, en effet, nous aurions peut-être pu laisser la maman mettre le brassard à la jeune fille. L'urgence est toujours pour une famille une situation traumatisante et la qualité de l'accueil, la gestion de la souffrance physique et morale et la capacité à transmettre les informations doivent être des soucis permanents. À l'hôpital et en particulier aux urgences, la prise en charge d'un enfant implique l'intégration des parents. Leur présence durant un soin est une ressource majeure pour l'équipe soignante. Ce sont eux qui connaissent le mieux l'enfant et représentent la sécurité affective pour ce dernier. Toutefois, pour l'enfant, le soin est source d'anxiété et de peur. C'est le cas de Marie qui lie la prise de la tension avec un évènement angoissant.

L'inconvénient est que les parents anxieux peuvent transférer leurs émotions à leur enfant et augmenter ses craintes. Malgré l'évolution de la place des parents dans les services de pédiatrie, ils ne sont pas toujours acceptés par les soignants, pendant les soins de leur enfant. J'ai été surprise par la réaction de Lucie dans sa façon d'intégrer la maman dans la prise en charge de la petite fille. Marie aurait-elle réagi différemment si la maman était plus intégrée dans le soin ?

Une notion importante peut venir enrichir notre questionnement, celle de l'effet blouse blanche. En effet, d'après Ivan Pavlov (médecin), la vue de la blouse blanche est un stimulus conditionnel qui entraînerait une réponse, ici des modifications physiologiques chez le patient. Ici, la petite fille se met à pleurer et s'oppose à tout contact avec un membre du personnel soignant dès notre entrée dans la salle. On peut se demander si cela correspond au ressenti de la petite fille ?

Par ailleurs, on peut ainsi se questionner sur la systématisation des soins, prendre la tension de Marie est-il réellement nécessaire ? Le protocole du service impose la prise des paramètres vitaux à l'arrivée des patients aux urgences, mais au détriment de la patiente ? Ici, l'obligation de répondre au protocole a dépassé la prise en compte des émotions de la jeune fille. Ainsi, comment penser le soin ?

Une autre particularité de la relation de soins en service d'urgences pédiatriques est son éphémérité. La durée de prise en charge d'un patient aux urgences, pédiatriques ou non est très rapide. Le but est de comprendre le problème rapidement afin de réorienter le patient, soit via un retour à domicile ou un transfert dans un service adapté. Cependant, certains passages aux urgences peuvent marquer nos esprits. On peut ainsi ressentir un sentiment de frustration vis à vis de l'avenir de nos patients. Ainsi, on ne connaît pas forcément leur devenir et leur évolution. Dans le cas de Marie, je ne connais pas la suite de la prise en charge, une collègue a pris le relais dans la suite des soins et la petite fille a été transférée dans un autre service. Je ne sais pas si sa relation avec le corps médical s'est améliorée ou est restée semblable. Je me suis alors posé quelques questions. La prise en charge s'est-elle mieux passée dans le service suivant ? La petite fille a-t-elle pris confiance dans la suite des soins ? Gardera-t-elle un mauvais souvenir du service des urgences ? Dans mon cas, cela a créé un sentiment intense de frustration chez de nombreux patients vus pendant ce stage, notamment le cas de Marie.

Par ailleurs, nous pouvons aussi nous demander si l'éphémérité empêche l'accueil et les soins de qualité ? Aux urgences, la prise en charge est rapide et les patients sont vus les uns à la suite des autres, ainsi, la courte prise en charge et la rapidité des soins peuvent-elles nuire à la réalisation de soins qualitatifs ? Le temps est-il un critère de qualité ?

Dans une autre partie, nous pouvons nous questionner sur le thème des émotions, que ce soit celles du patient, de l'enfant mais aussi des soignants. On observe assez rapidement que tous les acteurs de cette scène sont concernés par les émotions. La petite fille, Marie ressent en première intention de la peur, peur de la structure de l'hôpital et peur du personnel soignant.

Quant à la maman de Marie, elle peut ressentir de la peur, pour la santé de la fille, de la tristesse de la voir dans cet état là mais aussi de la colère de voir la réaction de l'auxiliaire de puériculture vis-à-vis de Marie. Lucie a ressenti de la colère vis-à-vis du comportement de la petite fille, qu'elle a traduit par des cris envers elle. De plus, je pense qu'un grand sentiment d'impuissance est alors présent chez l'auxiliaire de puériculture. Dans les soins, cela renvoie alors une image très négative de nos propres compétences professionnelles. Quant à moi, plusieurs émotions se sont mélangées. La première a été de la tristesse, la tristesse de n'avoir pas su réagir face à la réaction de l'auxiliaire de puériculture mais aussi de voir la détresse de la petite fille. Ensuite est venue la colère, mais cette fois envers le comportement de Lucie. En effet, comme dit précédemment, j'ai eu l'impression que la réaction de la soignante était inappropriée et disproportionnée. Je ne dis pas que j'aurai mieux su réagir, mais je l'aurai peut-être fait différemment. J'ai alors pu me questionner sur la façon la plus appropriée afin d'aborder le soin dans cette situation. On peut alors se demander si la réaction est liée à un phénomène de projection de la soignante envers la patiente ? La question des émotions du soignant et de l'influence de la vie privée sur la posture soignante peut alors se poser. La notion de compétence émotionnelle peut alors être étudiée. D'après Moïra Mikolajczak (auteure et professeure de psychologie), « *les compétences émotionnelles désignent la capacité à identifier, comprendre, exprimer, utiliser ses émotions et celles d'autrui. Elles jouent donc un rôle essentiel dans la santé mentale et physique, mais aussi dans la performance au travail et dans les relations sociales.* ».

Pour finir, un questionnement intéressant peut émerger, celui du consentement et du refus de soins en pédiatrie, et notamment dans le service des urgences. Dans cette situation, on peut voir que Lucie n'a pas demandé le consentement de la jeune fille afin de lui prendre les constantes. Cela a-t-il influencé le comportement de la petite fille ? D'après le Larousse, le consentement est défini comme « *l'action de donner son accord à une action, à un projet* ». On peut se questionner sur la façon de recueillir le consentement chez un enfant, en effet ses expressions du visage, son intéressement aux soins ou encore son comportement peuvent-ils être des indices d'acceptation du soin ? Selon moi, omettre de demander le consentement avant la réalisation d'un soin peut dans certains cas compromettre la prise en charge d'un jeune patient. Dans cette situation, la jeune fille a clairement exprimé son refus de soins, dès le début l'auxiliaire de puériculture aurait-elle du stopper la poursuite du soin ?

#### **4 Question de départ**

A la fin de ce questionnaire, j'aimerais travailler sur les compétences spécifiques nécessaires afin de prendre en charge un enfant ainsi que les émotions que cela peut provoquer chez le soignant. Ma question de départ est donc :

*La prise en charge d'un enfant nécessite-elle des compétences spécifiques et en quoi peut-elle impacter les émotions du soignant ?*

## **5 Cadre de référence**

### **5.1 La prise en charge d'un enfant**

#### **5.1.1 Le développement psychoaffectif de l'enfant**

Le développement psychoaffectif se construit tout au long de notre existence bien qu'il commence dès la petite enfance. En effet, certains auteurs tels que Jean Piaget, Sigmund Freud décrivent le développement de l'enfant par « *différents stades successifs, ordonnés de manière immuable et nécessaire* » tandis que d'autres le considèrent comme un processus continu.

Dans cette partie, nous nous attacherons à décrire le développement psychoaffectif de l'enfant de 0 à 12 ans, de manière simple et précise selon Freud.

Premièrement, le développement psychoaffectif de l'enfant se découpe en 4 périodes : les stades prégénitaux, le complexe d'Œdipe, la période de latence ainsi que la puberté et l'adolescence.

Les stades prégénitaux précèdent l'organisation du complexe d'Œdipe, ils sont au nombre de trois : le stade oral, le stade anal et le stade phallique.

Le stade oral se manifeste lors de la première année de la vie où la zone érogène prévalente est la zone bucco-labiale ainsi que tous les organes sensoriels. En effet, que ce soit la nourriture ou des informations provenant des sens, le but est de faire passer à l'intérieur de soi des éléments de l'environnement. Le plaisir oral provient alors de l'alimentation et l'objet pulsionnel est représenté par le sein ou le biberon. Le but pulsionnel provient d'une part d'un plaisir auto-érotique par stimulation de la zone érogène orale telle que la succion et d'autre part un désir d'incorporation des objets provenant de l'alimentation. Le sevrage, représenté par la diversification et le passage à l'alimentation à la cuillère est vu comme un conflit et peut provoquer des difficultés chez l'enfant.

Par la suite, pendant la deuxième année de la vie, apparaît alors le stade anal. Cette année se consacre à la pulsion d'emprise où le plaisir anal se manifeste par l'excrétion des selles. La zone érogène est donc la muqueuse ano-recto-sigmoïdienne, il s'agit donc soit de conserver les objets passés à l'intérieur de soi ou de les expulser. Le stade anal devient alors le stade de l'ambivalence puisque l'objet fécal peut être conservé ou expulsé et d'autre part parce qu'en

fonction du temps et du lieu d'expulsion ou de rétention, il peut prendre la valeur soit d'un bon objet, soit d'un mauvais objet. L'enfant va alors consolider la notion de frontière entre l'intérieur et l'extérieur et va donc obtenir un certain pouvoir relationnel sur certaines personnes (ex : l'enfant adore voir l'adulte ramasser ce qu'il a jeté).

Enfin, le stade phallique qui recouvre approximativement la troisième année de la vie s'annonce comme une période d'affirmation de soi qui va unir les pulsions partielles. Il se centre autour d'une thématique liée à l'absence ou à la présence de pénis. La zone érogène prévalente est ici l'urètre avec le double plaisir de la miction et de la rétention d'urines. C'est à ce stade que se manifeste la curiosité sexuelle infantile. L'enfant prend alors conscience de la différence anatomique des sexes, c'est à dire de la présence ou de l'absence de pénis. Freud décrit alors le stade phallique comme étant narcissique, en effet la question d'avoir ou non un pénis ne renvoie pas à son usage mais seulement au fait d'en posséder un. La question de l'être (une fille ou un garçon) peut alors se poser et la mise en place de l'identité sexuée apparaît. C'est alors une grande période de questionnement pour l'enfant notamment avec l'apparition de théories sexuelles infantiles (ex : comment fait-on les bébés ?). L'angoisse de castration fait alors son apparition et certains conflits peuvent alors se manifester.

A la suite de ces trois stades, vient alors ce que Freud a nommé le complexe d'Œdipe. Cette période se situe approximativement entre 4 et 7 ans. C'est un moment fondateur dans la vie de l'enfant qui permet de construire la structure de son groupe familial et de la société humaine. Cette période se caractérise encore par l'angoisse de castration, représentée par l'enfant comme une limitation de sa relation à l'autre. Le complexe d'Œdipe se manifeste par une attirance pour le parent de l'autre sexe et à des sentiments de haine ou de rivalité pour le parent de même sexe. L'« *amour œdipien* » est considéré comme entravé, en effet l'attirance pour un parent implique de renoncer à l'autre. C'est pourquoi à cette période de l'enfance, on peut observer des phases anxiodépressives ainsi que l'émergence de phobies. De plus, cette phase marque un tournant dans la vie de l'enfant, ainsi il ne s'agit plus d'avoir ou non un pénis mais d'être un homme ou une femme. Enfin, l'émergence des interdits parentaux permet la mise en place du Surmoi et de l'Idéal du Moi, impliquant l'acceptation de la différence des sexes et donc l'aptitude à réaliser un deuil.

A la suite de cette période, entre 7 et 12 ans arrive la période de latence. Ce moment se caractérise par une relative obsessionnalisation de la personnalité. En effet, l'éducation et l'enseignement permettent de faire accepter à l'enfant les rythmes et une certaine discipline. Vont alors apparaître chez l'enfant certaines réactions comme le dégoût, la pudeur mais aussi certains sentiments tels que la tendresse, la dévotion et le respect. De plus, on observe aussi une déssexualisation des pensées et des comportements, se déplaçant vers des activités plus sociales telles que les jeux ou sports collectifs ainsi que les apprentissages pédagogiques. Le cercle social ne va plus s'étendre seulement à la famille mais s'élargit à l'école par exemple.

Pour finir, la période de la puberté et de l'adolescence va se présenter, cela n'est pas considéré comme un stade ou une phase mais plutôt comme une crise. Elle se caractérise par une « *crise narcissique et identificatoire* » avec la présence d'angoisses à propos de « *l'authenticité, de l'intégrité de soi, du corps et du sexe* ». On ajoute à cela des modifications physiques et somatiques ainsi que la « réactivation de la problématique œdipienne et prégénitale », se caractérisant par l'idéalisation de certaines personnes en dehors de la sphère familiale (professeurs, artistes) et l'apparition d'anorexie mentale, de toxicomanie, de la consommation d'alcool et de tabac... On observe aussi la présence d'idées dépressives et une tendance au passage à l'acte. Enfin, une problématique de dépendance et d'autonomisation survient, en effet l'adolescent doit faire le deuil de l'image parentale sans imperfection et admettre de devoir se séparer de ses parents pour acquérir de l'autonomie.

La façon dont se développe l'enfant et notamment son stade de développement va influencer la façon d'aborder l'enfant dans sa prise en charge et donc la relation soignant-soigné.

### **5.1.2 La relation soignant-soigné en pédiatrie**

D'après le dictionnaire Larousse, la relation est définie comme « *l'ensemble des rapports et des liens existants entre personnes qui se rencontrent, se fréquentent, communiquent entre elles* ».

Selon Alexandre Manoukian (psychologue clinicien), la relation peut être décrite comme une « *rencontre entre deux personnes au moins, c'est-à-dire deux caractères, deux psychologies particulières et deux histoires* ». Afin de compléter cette définition, Monique Formarier

(ancienne infirmière puéricultrice) décrit les relations comme « *une accumulation d'interactions entre individus qui durent et impliquent des attentes, des affects et des représentations spécifiques, [...] chaque interaction est affectée par les interactions passées et affecte à son tour les interactions futures* ». Ainsi, dans une relation il est nécessaire de prendre en compte tous les individus qui interagissent.

D'après le dictionnaire encyclopédique des soins infirmiers, la relation soignant-soigné est définie comme « *le lien existant entre deux personnes de statut différent, la personne soignée et le professionnel de santé.* »

Selon Louis Malabeuf, il existe 4 niveaux de relation soignant-soigné qui s'établissent par ordre croissant. La relation de civilité qui correspond aux codes socio-culturels (être poli, être courtois...) puis vient alors la relation fonctionnelle qui intervient dans le but de recueillir des données sur le patient afin d'apprendre à le connaître. Par la suite, on trouve la relation de compréhension qui intervient dans un but empathique afin d'apporter une forme de soutien au patient. Enfin, la relation d'aide thérapeutique qui se manifeste dans le cadre d'un projet de soins thérapeutique afin d'apporter des soins au patient.

La relation soignant-soigné est donc une relation asymétrique entre une personne qui prodigue des soins et un individu qui a besoin d'en recevoir.

Dans le cadre de ce travail sur les soins pédiatriques, la relation soignant-soigné concerne l'enfant et l'infirmière puéricultrice mais aussi la famille qui détient une place importante dans la prise en charge de l'enfant.

Cette relation va concerner autant la réalisation de soins techniques que l'aspect relationnel de la prise en soins de l'enfant. C'est être à l'écoute du patient, comprendre ses ressentis tout en prenant en compte la singularité de l'enfant et de sa famille. En effet, l'arrivée d'une hospitalisation pour l'enfant perturbe ses habitudes, il est coupé de son lieu de vie et de ses repères. La qualité de la relation dès les premiers instants va être cruciale puisqu'elle va influencer la communication durant la prise en charge. Ainsi, selon la Haute Autorité de Santé (HAS) : « *La communication est un élément clé dans la construction de la relation soignant-soigné. Le défaut sa communication a un impact direct sur la qualité et la sécurité des patients* ».

Margot Phaneuf (ancienne infirmière) élargit la définition en disant que : « *la communication est un processus de création et de recréation d'information, d'échange, de partage, et de mise en commun des sentiments et d'émotions entre des personnes. La communication se transmet de manière verbale et non verbale, et de manière plus globale, par la manière d'agir des intervenants* ».

Dans la branche de la pédiatrie, nous pouvons nous retrouver face à une communication altérée par divers obstacles. En effet, selon l'âge de l'enfant il peut présenter un langage avec peu de mots, il va donc rencontrer des difficultés à nous comprendre et à s'exprimer. Il est donc nécessaire de mettre en place une communication adaptée car d'après Daniel Oppenheim, psychiatre et psychanalyste explique que l'enfant « *a besoin d'être reconnu comme interlocuteur par ses soignants, d'où la nécessité de lui expliquer les contraintes de sa maladie et les logiques des traitements mais aussi de faire l'effort de comprendre son point de vue qu'il exprime parfois sous des formes masquées ou conflictuelles et d'en tenir compte, autant que possible, sans s'y soumettre* ».

Cette forme de relation adaptée à la compréhension de l'enfant va permettre la mise en place d'une relation de confiance. En effet, « *l'enfant même très jeune, peut tout exprimer, à sa manière. Il aide les adultes à les comprendre et à rester des interlocuteurs à la hauteur des exigences de l'enfant. C'est ainsi que l'enfant pourra comprendre et accepter le déroulement de sa maladie et des traitements, tisser des liens de confiance avec les adultes-parents et soignants, préserver le sentiment de sa valeur, de sa place, de son identité* ».

En pédiatrie, qui dit relation soignant-soigné dit relation triangulaire qui prend en compte le soignant, l'enfant et la plupart du temps les parents.

### **5.1.3 La place de la famille dans la prise en charge d'un enfant**

Premièrement, selon la charte de l'enfant hospitalisé, « *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.* ». De plus, la prise en compte de la famille est primordiale, le texte législatif dit « *On encouragera les parents à rester auprès de leur enfant et on leur offrira pour cela toutes les facilités matérielles.* »

Dans l'ouvrage *Enfances et Psy, Accueillir les parents en service de pédiatrie* de Sébastien Rouget, Mylène Mollier et Katty Scharff, ils qualifient les parents de « *partenaires incontournables du soin pédiatrique hospitalier* ». En effet, pour eux ils jouent un rôle essentiel dans la prise en charge d'un enfant, ce qui n'a pas toujours été le cas. La présence des parents pendant les soins de leur enfant n'a pas toujours été la bienvenue. En effet, dans le livre *L'enfant et l'adolescent à l'hôpital* de Marc Dupont et Caroline Rey-Salmon, les auteurs disent que « *la durée et la fréquence des visites des parents de l'enfant hospitalisé ont longtemps été limitées, car s'appliquait aux enfants hospitalisés et à leurs familles le régime ordinaire des visites de l'hôpital.* »

Si l'on considère que les parents font partie intégrante de la prise en charge de leur enfant, il faut alors intégrer les parents dans une relation entre le soignant et le soigné, soit l'infirmière et l'enfant. Nous disposons alors de trois acteurs qui communiquent ensemble : le soignant avec l'enfant, le soignant avec le(s) parent(s) et l'enfant avec le(s) parent(s).

On peut donc dire qu'actuellement tous les textes officiels favorisent la présence des parents lors de la réalisation de soins ou d'exams à l'enfant. De plus, la majorité des parents souhaitent rester auprès de leur enfant, mais ne trouvent pas forcément leur place dans leur prise en charge. En effet, il est préférable qu'ils ne soient pas seulement utilisés pour maintenir l'enfant pendant la réalisation de soins puisqu'ils peuvent être un réel atout pour le soignant et l'enfant. Il est alors primordial qu'en tant de soignant, nous leur donnons un rôle et les intégrons pleinement dans les soins apportés à leur enfant afin d'appréhender au mieux la prise en charge.

Premièrement, d'après Françoise Galland, co-fondatrice de l'association Sparadrapp, il est alors important de proposer aux parents d'être présents ou non pendant le soin. En effet, certains parents ne voudront pas pour différentes raisons : la peur, la méconnaissance du geste, parfois ils ne se sentent pas capable d'assister aux soins. Il est important de ne pas les juger ou les faire culpabiliser malgré la décision prise. En effet, un parent décidant d'être présent mais ne se sentant pas capable peut être considéré comme parasitant dans la prise en charge de l'enfant, il peut être vu comme un élément stressant pour l'enfant. Certains parents ont aussi besoin d'être rassurés pour accepter de participer aux soins. Ensuite, afin de poser un cadre au soin, il faut leur expliquer les consignes d'asepsie et de sécurité, en effet dans certaines situations il est nécessaire de porter des vêtements ou accessoires (masque, blouse, charlotte...). De plus, le soignant doit donner des consignes précises sur ce qu'il ne faut pas faire : ne pas mettre sa main

sur le champ stérile, ne pas bouger à tel moment ou encore ne pas déplacer le matériel nécessaire au soin. Avant de débiter le soin, il faut expliquer aux parents comment s'installer. Ainsi quelle que soit la configuration de la chambre il est normalement toujours possible que la figure maternelle garde un contact avec son enfant. Cela peut être en le touchant, en le regardant ou en lui parlant. Selon le type de soin réalisé, le parent peut se positionner à la tête de l'enfant, à côté de lui mais aussi le mettre sur ses genoux si possible. Privilégier le contact physique permet de rassurer l'enfant et de le mettre en confiance, ce qui rend le soin plus agréable autant pour le soignant, pour le patient mais aussi pour les parents. Enfin, il est important de leur donner un rôle, il peut être de rassurer l'enfant, de le distraire, mais aussi d'aider les soignants à comprendre les besoins de l'enfant en interprétant ses réactions. Éventuellement, les parents peuvent aider les soignants à maintenir l'enfant ou par exemple maintenir le masque avec Méopa. Pour résumer, le soignant peut conseiller les parents sur leurs attitudes ou les mots à employer pour que le soin se déroule au mieux. La communication est donc réellement un concept clef afin d'assurer le bon déroulement du soin.

En conclusion, nous pouvons dire que la place que prennent les parents et plus globalement la famille de l'enfant est réellement à définir en fonction des situations. En effet, elle peut être un atout mais aussi un frein dans la prise en soins de l'enfant hospitalisé. La prise en charge du parent constitue donc une compétence à avoir dans le travail en pédiatrie.

## **5.2 Les compétences spécifiques en pédiatrie**

### **5.2.1 Définition des compétences**

D'après le dictionnaire Larousse, la compétence est définie comme « *une capacité reconnue en telle ou telle matière en raison de connaissances possédées et qui donne le droit d'en juger. Emprunté au bas latin *competentia* qui signifie proportion, juste rapport, cette notion provient du latin *cum* et du latin *petere*.* »

Il existe de nombreuses définitions de la notion de compétence présentant quelques nuances.

D'un point de vue législatif, la définition adoptée par le parlement européen le 26 septembre 2006 est : « *Une compétence est une combinaison de connaissances, d'aptitudes (capacités) et*

*d'attitudes appropriées à une situation donnée. Les compétences clés sont celles qui fondent l'épanouissement personnel, l'inclusion sociale, la citoyenneté active et l'emploi ».*

Selon Philippe Merieu, chercheur, essayiste et homme politique français, c'est « *un savoir identifié, mettant en jeu une ou des capacités dans un champ notionnel ou disciplinaire déterminé.* » Plus précisément, on peut nommer compétence « *la capacité d'associer une classe de problèmes précisément identifiée avec un programme de traitement déterminé.* » Quant à Guy le Boterf, docteur d'État en sciences humaines et en sociologie, il dit que « *la compétence est de l'ordre du savoir-mobiliser* ».

En 1999, Philippe Perrenoud (sociologue) fait part de l'objectif de la notion de compétence en expliquant qu'elle permet de faire face à une situation complexe, de construire une réponse adaptée sans la puiser dans un répertoire de réponses préprogrammées.

Marc Romainville (docteur en sciences de l'éducation) globalise cette notion en la définissant comme « *un ensemble intégré et fonctionnel de savoirs, savoir-faire, savoir être et savoir devenir qui permettront, face à une catégorie de situations, de s'adapter, de résoudre des problèmes et de réaliser des projets.* »

Toutes ces définitions, même si différentes ont tous des points communs. En effet, les auteurs sont tous d'accord pour dire que les compétences correspondent à la mobilisation de ressources multiples, qu'elles soient internes (capacités, qualités, connaissances...) ou externes (personnes, documents, outils...). Les compétences sont mobilisées dans des situations particulières mais variées et impliquent une certaine adaptabilité de la part du sujet d'une situation à une autre. Les compétences sont le résultat de la mise en relation d'acquisition de connaissances, de développement de capacités (aptitudes ou habiletés) et d'une attitude adaptée à la situation. Une compétence est dite opérationnelle dans un cadre précis (structure, horaire, programme, pratiques, matériels) ce qui donne toute son importance à la situation d'apprentissage dans chacune des disciplines impliquées.

D'autres termes semblent proches de la notion de compétence mais sont à différencier pour comprendre réellement le concept d'acquisition de compétences.

Une compétence est le résultat de l'association de savoirs, du savoir-faire et du savoir-être qui vont permettre d'agir de manière adaptée dans une situation pratique donnée. Cette capacité à mobiliser ses ressources ne doit pas être confondue avec la connaissance, qui, elle, est selon

Isham Fleury « *un ensemble d'informations stockées grâce à l'expérience ou l'apprentissage et qui ne comprend donc pas la mise en pratique.* »

Nous pouvons alors nous questionner sur les compétences spécifiques de l'infirmière puéricultrice.

### **5.2.2 Les compétences de l'infirmière puéricultrice**

D'après le référentiel d'activités de l'infirmière puéricultrice, « *l'infirmière puéricultrice est une infirmière spécialisée qui a développé des compétences d'expertise clinique et dont les missions sont de promouvoir la santé de l'enfant de la naissance à l'adolescence, de le protéger et de contribuer à son développement optimal en favorisant son éveil, son autonomie et sa socialisation, en tenant compte de son environnement familial et social.* »

D'après le référentiel de compétences de l'infirmière puéricultrice, on en note huit :

- Évaluer l'état de santé et le développement des enfants et des adolescents
- Concevoir et conduire un projet de soins et d'éducation adapté à l'enfant
- Mettre en œuvre des soins adaptés aux enfants présentant des altérations de santé
- Accompagner et soutenir les familles dans le processus de parentalité
- Concevoir et mettre en œuvre des activités de promotion de la santé de l'enfant et de protection de l'enfance
- Organiser et coordonner les soins et les activités de développement et d'éveil pour des enfants et des adolescents
- Gérer les ressources d'un service ou d'un établissement d'accueil d'enfants
- Rechercher traiter et produire des données professionnelles et scientifiques

Nous pouvons nous poser la question de la nécessité de posséder des compétences spécifiques pour prendre en charge un enfant, pour cela je présenterai les spécificités que peut présenter un enfant.

L'enfant présente un mode de communication différent du notre mettant en lumière toute la complexité du dialogue avec ces patients. Cependant, il est important d'établir une communication efficace afin de pouvoir répondre à leurs besoins, de prendre en compte leurs attentes afin de permettre une prise en charge dans de bonnes conditions. En effet, les informations destinées à l'enfant doivent être simplifiées et directes en utilisant un langage simple avec des phrases courtes afin de permettre une meilleure compréhension. L'utilisation de moyens visuels tels que des images ou des objets peut aussi améliorer la compréhension des informations.

Tout comme la prise en charge d'un adulte, celle d'une enfant est tout autant singulière mais présente quelques spécificités. En effet, il est nécessaire de prendre en compte de nombreux facteurs tels que l'histoire du patient, son caractère, son âge, son entourage, ses expériences antérieures, sa pathologie... Un soin technique effectué à un enfant prendra inévitablement plus de temps que celui réalisé à un adulte, en effet une préparation avec une explication et des méthodes de diversion sont très souvent utilisées. De plus, selon l'âge les besoins ainsi que leur satisfaction sont différents de ceux d'un adulte, c'est pourquoi une grande capacité d'adaptation et d'écoute sont nécessaires pour travailler auprès de jeunes enfants. A cela nous pouvons ajouter la place des parents et leur représentation pour l'enfant pendant l'hospitalisation, en effet ils représentent la sécurité, ceux en qui il a totalement confiance. Par ailleurs, ce moment considéré comme stressant pour l'enfant nécessite la mise en place de certaines méthodes, il est donc judicieux de prendre en compte que le jeu fait partie intégrante de l'environnement de l'enfant. Ces éléments sont réellement à prendre en compte dans la prise en charge de l'enfant hospitalisé puisque nous connaissons les conséquences que peuvent avoir certaines situations de soins, vécues comme traumatisantes pour l'enfant mais aussi pour ses parents.

Dans son ouvrage, *Les soins en pédiatrie*, Bénédicte Lombard, infirmière et philosophe, a écrit que « *les infirmières doivent penser le soin dans sa globalité en prenant en compte les soins techniques (le cure) mais aussi la relation singulière avec la personne soignée (le care).* »

Les enfants sont des êtres vulnérables et fragiles qui sont dépendants des adultes, soit pour la majorité des cas de leurs parents. Ils ont besoin de professionnels de santé formés pour la réalisation de soins. Lorsque nous prenons un enfant en charge, l'auteure explique qu'il faut prendre l'enfant à l'endroit où il en est, c'est-à-dire accepter ses peurs, sa réalité du soin, ses

appréhensions, ses difficultés... Le soignant doit être capable d'être en immersion lui aussi dans un monde imaginaire, il est nécessaire parfois de se déconnecter des termes techniques et de laisser l'enfant se distraire pour s'adapter à la situation. La distraction est une technique régulièrement observée dans les services de pédiatrie, en effet l'enfant peut vivre les soins comme une punition et cette méthode permet d'attirer l'attention du soigné vers quelque chose de positif. Dans le care en pédiatrie, il y a donc plusieurs techniques pour permettre le cure.

Enfin, sachant que les enfants et adolescents présentent des spécificités dans leur prise en charge, il est alors nécessaire de posséder des compétences propres à celle-ci. La Haute Autorité de Santé a donc publié un programme nommé Enjeux et spécificités de la prise en charge des enfants et des adolescents en établissement de santé dans lequel ils développent l'organisation de la prise en charge d'un enfant, l'accueil de l'enfant, de l'adolescent et de son entourage, la formation des professionnels à la prise en charge des enfants et des adolescents, l'information et la communication avec les enfants, les adolescents et leur entourage et la recherche de consentement ainsi que plusieurs autres thèmes se rapportant à la prise en charge d'un enfant hospitalisé. Ce guide, élaboré avec des professionnels de la pédiatrie, sensibilise d'une part les professionnels prenant en charge les enfants et adolescents et d'autre part les experts-visiteurs sur les éléments de qualité spécifiques à cette prise en charge, utiles lors des visites de certification. Il apporte donc des éléments, conseils et techniques à mettre en place afin d'appréhender au mieux la prise en charge de l'enfant. Il sert donc de support aux professionnels qui auraient besoin de précisions afin d'améliorer leur prise en soins.

Après avoir décrit les compétences spécifiques de l'infirmière puéricultrice, nous pouvons nous intéresser sur la transmission de celles-ci.

### **5.2.3 La transmission des compétences**

Nous pouvons nous questionner sur la façon dont sont transmises et acquises les compétences dans le métier d'infirmière. Est-ce par l'obtention du diplôme et les connaissances acquises ou sont-elles transmises par l'expérience que nous avons dans cette profession ?

D'après le dictionnaire Larousse, la transmission est « *le transfert d'informations d'un point à un ou plusieurs autres à l'aide de signaux* ». Dans ce cas, nous parlerons de transmission de compétences dans le cadre infirmier.

La démarche de transmission est un processus lent à mettre en œuvre qui nécessite un suivi de la part de l'encadrant et une certaine implication de celui à qui on transmet autant que celui qui instruit. Cela impose une évaluation et une reconnaissance des deux côtés. Il est important de maintenir la dynamique de transmission, d'accompagner « *transmetteurs* » et « *receveurs* » dans leur partage et d'y donner du sens.

Enfin, bien que les enjeux du transfert de compétences soient majeurs, la démarche doit garder un caractère spontané et s'inscrire dans un processus d'échange et de solidarité, en effet une trop forte structuration peut avoir des effets néfastes entraînant une mauvaise acquisition.

Une autre question peut se poser : l'art de la transmission est-il inné ? La réponse est non pour Nicolas Bondu, consultant développement professionnel au centre Apec de Nice. Comme il le dit très bien, il ne suffit pas de mettre en présence deux individus pour effectuer la transmission des savoirs. Il faut bien prendre en compte les préférences de chacun et les modes d'apprentissage très différents en fonction de chaque individu. Il lui semble que nous avons trop souvent tendance à minorer l'accompagnement des deux acteurs en présence (celui qui délivre ses savoirs et celui qui apprend), alors que la réussite du projet repose sur leur pleine collaboration.

Tout d'abord, certaines compétences peuvent être acquises par l'expérience dans des problèmes pratiques, dans l'exercice d'un métier. C'est ce que le dictionnaire Larousse appelle le savoir-faire. De plus, tout au long de notre formation, on acquiert des compétences à l'aide d'exercices théoriques et pratiques qui enrichissent notre expérience. Grâce à l'obtention du diplôme, les compétences obtenues durant la formation et celles acquises grâce à notre expérience de stage sont formellement reconnues.

Une des techniques d'acquisition de compétences est nommée « *l'apprentissage par l'expérience* » par Maria Matilde (pédagogue spécialisée dans l'innovation pédagogique et l'enseignement des sciences). Elle en donne la définition comme étant une « *approche ou une méthodologie éducative dont l'objectif est de permettre à l'élève d'apprendre en faisant* ». Elle permet donc à l'émetteur de transmettre des compétences tout en faisant pratiquer le ou les récepteurs. En d'autres termes, les élèves sont confrontés à des situations différentes

à travers lesquelles ils apprennent les concepts et les contenus de la formation. L'objectif est d'amener les élèves à faire face à une situation d'apprentissage fondée sur une expérience. Par ailleurs, cela leur permet d'analyser le déroulement du processus utilisé et les nouveaux éléments, comportements et concepts appris. Elle permet d'impliquer autant l'émetteur que le récepteur de manière active.

Cette méthodologie s'oppose à l'enseignement magistral et à l'apprentissage de connaissances de manière automatique selon Maria Matilde. Cependant, certains auteurs pourraient dire qu'ils se complètent. Ainsi, on pourrait dire qu'à travers l'acquisition de connaissances durant la formation, les compétences sont validées avec l'obtention du diplôme. Il atteste d'un niveau de connaissances ou de compétences acquises au terme d'études et de réussite à un examen.

Finalement, il semblerait que l'acquisition et la transmission de compétences se réalisent autant par l'obtention du diplôme et donc de l'apprentissage théorique de connaissances que par l'expérience post-diplôme. En effet, les connaissances acquises durant la formation doivent être mises en pratique afin d'enrichir notre expérience.

Enfin, après avoir abordé un thème plutôt objectif que sont les compétences, on argumentera une notion plus subjective : les émotions dans le soin.

## **5.3 Les émotions du soignant**

### **5.3.1 Définitions et rôle des émotions**

Selon le Larousse, une émotion est « *une réaction affective transitoire d'assez grande intensité, habituellement provoquée par une stimulation venue de l'environnement.* »

Charles Darwin, naturaliste du XIX<sup>ème</sup> siècle a travaillé longuement sur la question des émotions. Il a publié en 1872 un livre nommé *The Expression of the Emotions in Man and Animals* à travers lequel il réalise plusieurs constats. En effet, les émotions sont des réactions inconscientes survenant à la suite d'un évènement externe et possèdent une caractéristique somatique et physique. Il en distingue 6 différentes : la peur, la joie, la tristesse, le dégoût, la surprise et la colère.

Quant à Carl Lange (médecin et professeur de médecine) et William James (psychologue et philosophe américain), ils ont fondé une théorie (Théorie de l'émotion James-Lange) qui définit l'émotion comme une prise de conscience de nos réactions corporelles face à une situation. Elle comprend donc des facteurs cognitifs et physiologiques.

Enfin, Paul Ekman, psychologue américain du XXème siècle décrit les mêmes émotions que Charles Darwin mais les définit de façon plus détaillée.

- La peur : elle correspond à la prise de conscience d'un danger ou d'une menace potentielle ou réelle. C'est une émotion d'anticipation utile qui nous prépare à agir (fuite par exemple).
- La colère : cette émotion correspond à une réaction de protection, elle peut résulter de plusieurs mécanismes tels que la frustration, l'injustice ou l'atteinte à l'intégrité physique ou psychologique d'un individu. Elle peut être accompagnée de réactions brutales.
- La joie : elle est liée à la satisfaction d'un désir et se manifeste par une sorte de gaîté, de bonheur intense et de bonne humeur.
- La surprise : elle est provoquée par un événement inattendu et soudain en lien avec un changement imminent auquel on ne s'attend pas.
- La tristesse : elle est liée à une perte, une déception, un sentiment d'impuissance, un souhait insatisfait et se caractérise par une baisse d'énergie et de la motivation. On observe un envahissement de la conscience par une douleur morale (chagrin, mélancolie) qui empêche de se réjouir d'autre chose.
- Le dégoût : cela correspond à un rejet qu'il soit physique ou psychologique envers quelqu'un ou quelque chose.

Les termes « *émotions* » et « *sentiments* » sont souvent employés pour parler de la même chose, cependant ils ont des définitions différentes. Premièrement, une notion de temporalité entre en compte, les émotions sont plutôt instantanées alors que les sentiments évoluent dans la durée. Isabelle Mante, naturopathe décrit un sentiment comme un « *état affectif construit à partir d'un mélange d'émotions. Il est le résultat d'une pensée abstraite qui vient de l'interprétation que nous faisons des événements et des sensations ressenties* ». L'auteure considère cela comme une prise de conscience de ce que l'on vit émotionnellement.

Selon Izard et Buechler, les émotions influencent les comportements afin de permettre l'utilisation des fonctions adaptatives de la vie. Les expériences émotionnelles vécues influenceraient les comportements par la suite. Les émotions jouent donc un rôle fonctionnel dans le développement des communications, des liens sociaux et des relations.

James, Lange et Tomkins sont tous du même avis, pour eux les émotions permettent d'amplifier les expressions faciales et les réponses corporelles. Lorsque nous percevons ces réponses chez un individu, nous pouvons ressentir l'émotion correspondante et donc adapter notre comportement.

Quant à Charles Darwin, pour lui les émotions sont un processus par lequel l'individu va pouvoir se préparer à l'action (ex : la peur peut amener la fuite). Catherine Mercadier, disait d'ailleurs dans son ouvrage *Le travail émotionnel des soignants à l'hôpital* que les émotions « *contribuent à la prise de décisions et à l'activité rationnelle* ». Cependant, elle permet à l'interlocuteur de communiquer mais aussi de s'adapter en fonction des réactions de l'individu.

On peut donc dire que les émotions ont une fonction adaptative et communicative.

Pour finir, après avoir évoqué la définition théorique des émotions et leur rôle, nous pouvons nous questionner sur leur intérêt et comment elles se manifestent dans le quotidien d'un soignant.

### **5.3.2 Les émotions dans le soin**

Nous sommes tous confrontés, en tant que soignants aux émotions dans la pratique du soin qu'elles soient positives ou négatives. Elles peuvent se manifester lors de situations difficiles mais aussi face aux inquiétudes, la tristesse ou encore la douleur du patient. Cela peut nous renvoyer à nos propres émotions. En effet, elles peuvent provoquer de la joie face à la guérison d'un patient mais aussi de la tristesse face à l'annonce d'un diagnostic difficile.

Le travail auprès d'enfants hospitalisés provoque chez les soignants de nombreuses émotions plus ou moins difficiles à maîtriser. Elles peuvent être la peur ou la tristesse face à un diagnostic grave ou encore la surprise et la joie face à la guérison d'un enfant hospitalisé.

Nous entendons fréquemment que le travail d'un soignant en pédiatrie est difficile à appréhender car les enfants débutent le cycle naturel de la vie contrairement aux personnes âgées qui sont plus proches de la fin dite « naturelle ».

Selon Marion Borenstein (psychologue et psychothérapeute), en pédiatrie les soignants font face à des situations difficiles, cela fait partie des « *risques du métier* ». Selon elle, on pourrait prendre en charge un patient sans émotion mais « *cette volonté de contrôle total est vouée à l'échec* ». Nous avons affaire à des émotions partout : « *les nôtres, celles des patients, celles générées par le travail en équipe et les conditions de travail* », nous devons travailler avec.

Dans la vie d'une infirmière, nous sommes confrontées à certaines situations qui peuvent nous interpeller voir nous questionner. En effet, nous allons nous intéresser à la relation au corps et à la nudité que peuvent avoir les soignants dans leur prise en soins. Dans l'ouvrage de Catherine Mercadier *Le soignant et son rapport au corps malade*, l'auteure commence par décrire le corps malade comme « *déformé* », « *décomposé par la maladie* » et « *souffrant* ». Les soins qu'ils soient techniques ou relationnels impliquent une « *interaction soignant-soigné* » faisant interagir le corps du soignant mais aussi celui du soigné. Cette relation fait appel aux sens du soignant, que l'auteure appelle « *perceptions sensorielles* ». Premièrement, la vue permet au soignant de déceler chez le patient des mimiques, des sentiments tels que l'inquiétude ou la peur et de recueillir des « *informations cliniques* ». De plus, l'odorat peut permettre de relever une « *odeur pestilentielle d'une plaie* ». L'ouïe va permettre de capter les plaintes du patient, ses mots mais aussi les alarmes des scopes par exemple. Enfin, le toucher est utilisé quel que soit le soin réalisé (toilette, prendre le pouls, réaliser un pansement...). Ces « *perceptions sensorielles* » vont alors déclencher chez le soignant des émotions qui vont entrer en relations avec celles du soigné. En effet, Catherine Mercadier explique cela en donnant un exemple, celui que l'odeur d'une plaie peut par exemple déclencher du dégoût chez le soignant, qui peut provoquer de la honte chez le patient. Nous pouvons alors dire que l'émotion détient toute sa place dans la prise en soins d'un patient. A l'aide des travaux d'Arlie Hochschild, l'auteure se pose alors la question suivante : Quelle est la particularité de la vie émotionnelle dans le travail de soin au sein de l'hôpital ? Elle commence par dire qu'à l'hôpital, on retrouve « *ce que la société ne veut pas voir : la maladie et la mort* ». Les soignants sont alors confrontés à une « *pression émotionnelle* » d'autant plus importante.

Premièrement, Catherine Mercadier dans son ouvrage *Le travail émotionnel des soignants à l'hôpital* constate que l'odorat peut provoquer une émotion très forte : le dégoût. Elle peut provenir d'une « *escarre infectée au pyocyanique ou de selles et urines macérées* », de « *crachats* », de « *sang* » ou tout simplement le corps malade du patient. Aurel Kolnai dans son ouvrage sur le dégoût explique que l'odorat est « *le lieu originnaire* » du dégoût. Cependant, d'après les témoignages certaines personnes affirment ne jamais ressentir le dégoût, or d'après Kolnai et Crochet cela est impossible. Le comportement de ces soignants semble être question du rapport à la norme, en effet la norme de la profession est qu'une « *infirmière n'éprouve pas de dégoût dans le cadre de son travail* ». Le soignant peut aussi « *répondre à une exigence morale* », celle de se mettre au service d'autrui. D'autre part, d'après l'auteure, le dégoût est « *intemporel* » tandis que pour d'autres « *le temps instaure un phénomène d'habitude* ». Enfin, la honte caractérisée par un « *certain dégoût de soi* » peut se manifester lors d'un sentiment « *d'incapacité professionnelle* ».

Une autre émotion peut être ressentie par le soignant, celle de la colère, elle peut passer par « *l'exaspération, l'emportement, la rage, elle peut aussi restée rentrée (une colère froide)* ». D'après Catherine Mercadier, la colère est une émotion « *à dominante intellectuelle et cognitive* », c'est pourquoi elle n'est que rarement exprimée sauf en cas de situations extrêmes, lorsque les patients sont « *agressifs, violents ou irrespectueux* ». Est-ce parce que selon les normes sociétales, on ne peut pas se mettre en colère contre des personnes qui n'ont pas demandé à se retrouver hospitalisées ? A cela peut s'ajouter la colère ressentie envers le personnel soignant, pour « *défendre la dignité des malades* », que ce soit contre l'organisation des soins qui impose la réalisation de nombreuses toilettes en peu de temps ou contre les médecins qui ont décidé « *de renoncer, d'abandonner les malades en souffrance* ». Cette colère peut alors se transformer en un sentiment de violence ou alors d'impuissance.

Face à certains patients, la colère peut se mélanger à la peur. En effet, elle peut se manifester face à des « *malades violents, des malades déments ou des malades présentant des pathologies où la violence est prégnante* ». Une autre forme de peur peut souvent se manifester, « *la peur de faire mal, la peur de faire souffrir, de nuire* », cela par la réalisation de soins « *inefficaces ou inadaptés* ». Cela se manifeste souvent avec une population jeune comme les enfants par exemple. La peur de commettre des erreurs, mais surtout des conséquences de celles-ci peut également faire son apparition dans la vie d'une infirmière. Enfin, la peur de s'identifier et de

se mettre à la place des patients est un phénomène évoqué par les soignants. En effet, ils ont conscience que les situations observées en service peuvent aussi avoir lieu auprès de leurs proches ou d'eux-mêmes.

De plus, d'après Catherine Mercadier la tristesse peut aussi être ressentie par le soignant à l'hôpital, mais elle est souvent associée à la mort. Cela peut être majoré par certains paramètres comme l'âge similaire entre le patient et le soignant, la même profession ou encore le « *partage identitaire* » : « *elle me faisait penser à ma grand-mère* ». Le type de soin réalisé ainsi que la durée de l'interaction entre le soignant et le soigné peut faire varier l'intensité de la tristesse dans certaines situations. L'auteure évoque aussi surtout la tristesse de la famille, qui est « *contagieuse* » vis-à-vis du soignant. Cette tristesse est souvent minimisée par les soignantes, est-ce parce qu'elles doivent donner l'image d'une « bonne infirmière », qui d'après les normes sociétales est « *capable d'affronter la mort et les souffrances des malades sans vaciller* » ? En pédiatrie, la tristesse peut être ressentie face à certaines situations où les enfants se retrouvent dans un contexte de violences, de viols ou encore l'annonce d'un diagnostic grave.

Enfin, une dernière émotion peut être ressentie par les soignants, cependant elle est moins évoquée, c'est celle de la joie. Elle peut venir du « *plaisir d'avoir réussi un acte technique nouveau ou difficile, la satisfaction d'entendre un compliment de la part d'un malade* », mais Catherine Mercadier qualifie cela de « *plaisir narcissique* ». D'autre part, pour certains soignants la joie et le plaisir « *c'est le soin relationnel* », en effet, la joie est décrite dans la relation avec le malade, voir même qui peut s'étendre avec l'entourage de la personne soignée. De plus, l'auteure explique que l'émotion de la joie est aussi contagieuse, ainsi elle peut être ressentie par le soignant lorsque le patient l'exprime, elle prend l'exemple d'une patiente satisfaite du résultat de sa chirurgie esthétique. Enfin, la joie ressentie dans un service de pédiatrie lorsque l'on voit « les enfants se rétablir et les parents heureux quand leur enfant est guéri ».

Globalement, nous pouvons voir que la joie et le plaisir sont « *des denrées rares à l'hôpital* », sont-ils suffisants pour compenser « *le dégoût, la honte, la colère, la peur et la tristesse* » ? D'autant plus qu'il est difficile pour un soignant de confier les moments difficiles d'une journée à ses proches, qui ne comprendront pas forcément leurs ressentis. La charge émotionnelle du

soignant est donc assez forte et peut alors devenir un frein dans l'exercice de sa profession. On peut alors se questionner sur la nécessité de « gérer ses émotions » ?

### 5.3.3 La gestion des émotions

Selon Freud, la place des émotions dans le soin évoque différentes notions provenant des observations thérapeutiques de l'auteur.

Margot Phaneuf, dans son ouvrage *L'infirmière peut-elle ressentir des émotions particulières pour un patient ou une patiente ?* évoque le terme de « *transfert* » qu'elle décrit comme « *un processus psychologique qui tend à reporter sur d'autres personnes les émotions et les désirs ressentis. Ils peuvent osciller entre l'amour et le désintérêt, la tendresse et l'agressivité, et sont souvent imbriqués de façon ambivalente* ». Cela correspond donc à un processus inconscient du patient allant sur le soignant. Comme le dit l'auteure, il peut être positif s'il projette sur autrui des objets d'amour et négatif s'il s'agit de haine.

Lorsqu'un soignant est victime d'un transfert de la part d'un patient, il est possible d'y réagir en éprouvant un mécanisme nommé le contre-transfert. Il est défini par Freud comme « *l'ensemble des réactions inconscientes de l'analyste à l'analysant et plus particulièrement au transfert de l'analysant. Il renvoie à la capacité du thérapeute à supporter l'ensemble des projections et des rôles que lui attribuent le Moi et le Surmoi du patient, lors de la mise en scène des conflits et dans le cadre de la relation analytique.* »

Selon M. Phaneuf, « *ces réactions de transfert et de contre-transfert sont des réactions émotives réelles et parfaitement humaines auxquelles on n'accorde pas suffisamment d'importance en soins infirmiers.* ». En effet, si les transferts des patients envers les soignants sont très régulièrement négatifs, cela impacte davantage le soignant et peut le mettre en difficulté. C'est pour cela que le soignant doit être capable de reconnaître les premiers signes de transfert afin d'éviter l'apparition du mécanisme inverse. Cela implique donc une connaissance de soi qui permettra une gestion de ses propres émotions.

Par la suite, Freud définit les mécanismes de défense comme « *des processus de défense élaborés par le Moi sous la pression du Surmoi et de la réalité extérieure qui préservent le Moi*

*et le protègent des exigences pulsionnelles du Ça* ». Ils peuvent être le refoulement, le déplacement, la projection ou encore le déni. Henri Chabrol explique que les mécanismes de défense contribuent à atténuer les tensions internes et externes. Ils peuvent être utilisés par le soignant quand les émotions deviennent trop fortes et l’envahissent.

Afin de comprendre ce questionnement, nous allons définir le concept de gestion des émotions. Dans le livre *Guide de survie du manager* écrit par Laurent Combalbert et Dimitri Linardos, la gestion des émotions est définie comme le fait de « *connaître ses propres réactions pour pouvoir les anticiper et les contrôler* ». De plus, il ajoute l’identification de celles d’autrui afin d’anticiper les attitudes et les ressentis de l’autre.

Mary Gohin, psychologue explique que comme les émotions sont le résultat d’un conflit conscient et inconscient, il est alors possible d’apprendre à gérer ses émotions mais cela revient à modifier nos pensées et nos comportements. Pour elle, la gestion des émotions est le fruit d’un processus composé de 4 étapes : l’identification de l’émotion, la compréhension de celle-ci, son expression et pour finir l’action qui en découle. En effet, il faut commencer par se poser la question de ce que l’on ressent, « *il faut amener à la conscience ce qui ne l’est pas forcément* ». Ensuite, il est nécessaire de trouver la cause mais surtout de l’exprimer afin de permettre la mise en place d’une action et d’un comportement qui aura les meilleures conséquences possibles.

Dans le domaine du soin, les normes sociétales expliquent que les émotions n’ont pas leur place dans le domaine du soin car les professionnels perdent alors leur statut de professionnel. Martine Schachtel le confirme dans son ouvrage *J’ai voulu être infirmière* écrit en 1991 en disant « *L’infirmière doit savoir retenir discrètement ses émotions, ne pas laisser paraître la peur, l’angoisse, le dégoût, la pitié* ».

En effet, dans son ouvrage *Le travail émotionnel des soignants à l’hôpital*, Catherine Mercadier dit que « *le soin semble se résumer à une succession de gestes techniques dénués d’affect* », elle parle alors beaucoup de protocoles.

Monique Levêque, surveillante dans une unité de soins donne même des conseils aux futurs professionnels afin de garder une juste distance dans la relation soignant-soigné. Dans son ouvrage *Lettres à une jeune infirmière* écrit en 1994, elle recommande de trouver « *la juste distance pour rester maître de ses émotions* ».

Catherine Mercadier met en avant trois objectifs dans la gestion des émotions, en effet la maîtrise des émotions du soignant permet « *de ne pas provoquer celles du malade ou, tout du moins, de les atténuer* ». De plus, cela permet de ne pas se laisser submerger et de pouvoir accomplir nos tâches de la meilleure des manières. Enfin, le soignant laisse alors transparaître une image de « *bon* » professionnel vis-à-vis de ses collègues. Catherine Mercadier conclue en disant que « *maîtriser ses émotions permet donc au soignant d'affirmer son appartenance à la communauté des soignants sans révéler aux malades qu'ils n'appartiennent pas au même monde* ».

Catherine Mercadier explique alors que malgré les efforts, les soignants peuvent être trahis par leurs expressions du visage.

## **6 Enquête exploratoire**

### **6.1 Outil utilisé**

Afin de questionner les différents professionnels de santé, j'ai utilisé l'entretien semi-directif. D'après l'ouvrage de Chantal Eymard et Odile Thuilier nommé *Le travail de fin d'étude*, l'entretien semi-directif « *se caractérise par le fait que l'enquêteur identifie en amont les thèmes et sous-thèmes à aborder librement. L'enquêteur invite l'interviewé à approfondir un sous-thème qui se présente dans le discours, lorsqu'il n'a pas spontanément développé. Il prépare des questions qui permettent de recueillir des données concernant les thèmes et sous-thèmes non abordés.* » En effet, premièrement l'entretien permet de recueillir des informations provenant de l'expérience du sujet. Cela peut comprendre ce qu'elles perçoivent, ce qu'elles pensent mais aussi ce qu'elles font. C'est un outil très enrichissant qui permet une recherche de sens dans les propos des soignants. Cela permet à la personne qui répond de livrer à son interlocuteur sa réalité rencontrée sur le terrain, cela correspond donc à une vision subjective. Concernant l'entretien semi-directif, il permet une liberté d'expression de la part du sujet interrogé. En effet, une question large pourra être posée et des thèmes et sous thèmes seront abordés au cours de l'entretien. Il est pour moi le plus approprié dans le cadre de mon mémoire, en effet, l'expérience des émotions abordée dans ce travail est une notion subjective qui ne peut

pas être recueillie via des questionnaires. Selon moi, il apporte une richesse et une précision et nous permet même d’approfondir et d’expliciter certains points. En effet, il permet de poser un contexte et de reformuler si la demande n’est pas correctement comprise, à l’aide d’un guide d’entretien réalisé précédemment. Enfin, il permet une réelle discussion entre les deux interlocuteurs, ce qui enrichie la réflexion de chacun.

## **6.2 Population choisie**

Afin de répondre aux questionnements posés dans ce travail, j’ai questionné plusieurs professionnels de santé. En effet, mon cadre de référence repose essentiellement sur des soignants prenant en charge des enfants lors d’hospitalisations. C’est pourquoi, interroger des professionnels de la santé dans le milieu hospitalier me semble le plus approprié. De plus, les propos évoqués dans ce mémoire concernent le plus souvent des infirmiers ou infirmières, ces personnes me semblent donc les plus adaptées pour répondre aux questions. De plus, pour répondre au questionnement de la nécessité de compétences spécifiques pour la prise en charge d’un enfant, il m’a fallu questionner des infirmières ainsi que des infirmières puéricultrices. Cela m’a alors permis de comparer leurs compétences acquises et celles manquantes pour l’infirmière s’il y en a, en confrontant ses propos avec ceux de l’infirmière puéricultrice. Par ailleurs, sur la question de la transmission des compétences par l’expérience, je me suis entretenue avec des soignants jeunes diplômés mais aussi avec ceux ayant une certaine expérience en pédiatrie. En conclusion, j’ai alors pu questionner une infirmière puéricultrice, une infirmière jeune diplômée et une ayant de l’expérience dans un même service, en répétant l’opération dans deux services différents. Cela m’a permis d’analyser si les compétences peuvent être acquises par l’obtention du diplôme ou par l’expérience, ou l’association des deux.

## **6.3 Lieu d’investigation**

Après avoir défini la population choisie, j’ai choisi les lieux d’investigation. Pour la question des services, des soignants chez les grands enfants en pédiatrie m’a permis d’analyser la notion de compétences au niveau des soins techniques par exemple. En effet, nous savons que les soins techniques sont assez riches dans un service comme celui-ci. De plus, un service comme les

urgences pédiatriques m'a permis d'analyser la notion de compétence dans un contexte d'urgence. Enfin, ce service est très intéressant à aborder puisqu'il m'a permis une réflexion sur la mise en place de la relation soignant-soigné dans un tel service. Étant éphémère, elle peut être plus difficile à mettre en place, un témoignage permet d'éclairer nos interrogations.

La question des émotions peut selon moi se poser dans n'importe quel service de pédiatrie, grâce aux entretiens j'ai pu observer si la prise en charge d'un enfant impacte les émotions du soignant de la même manière en fonction des services. La gestion des émotions est-elle plus complexe dans une situation d'urgence ?

Pour finir, autant le service des urgences que celui des grands enfants m'a permis de me questionner sur la place des parents dans la prise en charge de l'enfant, en effet elle peut varier selon le service, les soins réalisés, la durée d'hospitalisation... Ils peuvent donc présenter des difficultés à se positionner en tant que parents.

## **6.4 Guide de l'outil**

Ci-joint le guide d'entretien réalisé afin de questionner les professionnels de santé :

- Présentez-vous, expliquez-moi votre parcours professionnel, date d'obtention du diplôme, expérience dans le service.
- Si vous avez le diplôme d'infirmière puéricultrice, depuis quand l'avez-vous ?

### Prise en charge d'un enfant

- Pensez-vous que la prise en charge d'un enfant est-elle différente de celle d'un adulte ? Si oui, en quoi ? Si non, pourquoi ?

### Compétences spécifiques

- Selon vous, nécessite-t-elle des compétences spécifiques ? Si oui, pourquoi ? Et lesquelles ? Si non, qu'apporte selon vous le diplôme de puéricultrice ?
- Pour les puéricultrices : Que vous a apporté votre diplôme de puéricultrice (compétences, savoir-faire...) ?

### Émotions du soignant

- Pensez-vous que le travail avec des enfants impacte vos émotions ? Si oui, en quoi ?
- Pensez-vous que vos émotions peuvent impacter votre travail ? Comment gérez-vous cela ?

- Racontez-moi une situation où la prise en charge d'un enfant a été particulièrement difficile. Quel impact cette situation a-t-elle eu sur vous ? Quels sont les moyens que vous avez mis en place ?

## **6.5 Réalisation de l'enquête, difficultés et limites rencontrées**

Après avoir réalisé mon guide d'entretien, j'ai envoyé mes demandes d'autorisation de réalisation des entretiens à la direction des soins du Centre Hospitalier. Par la suite, j'ai reçu par courrier un retour positif pour les services suivants : les Grands Enfants et les Urgences Pédiatriques. J'ai alors pu prendre contact avec les cadres de santé de ces deux services afin de planifier les dates de rencontre avec les professionnels de santé.

Par la suite, je pouvais donc réaliser mes entretiens avec une infirmière jeune diplômée, une infirmière avec de l'expérience ainsi qu'une infirmière puéricultrice dans chacun des services.

A cette période, j'étais en stage dans le service de Néonatalogie dans le même Centre Hospitalier. J'ai alors pu réaliser mes entretiens lorsque j'étais de nuit, 5 ont alors été faits de nuit et 1 de jour.

Pendant la phase exploratoire, je n'ai pas rencontré de grosses difficultés, en effet le thème de mon mémoire paraissait plutôt fluide pour les professionnels de santé, ils n'ont pas réellement eu de difficultés pour répondre à mes questions. Cependant, après la réalisation des trois premiers entretiens, je me suis rendu compte qu'ils étaient plutôt courts, mais après avis de ma directrice de mémoire, ils étaient totalement exploitables. Elle m'a alors expliqué que pour certaines questions, il manquait de questions de relance ou de rectifications, je passais alors à côté du sujet principal de ma question. J'ai donc fait au mieux pour réajuster pour les entretiens suivants.

De plus, dans le service des Grands Enfants, il n'y avait pas d'infirmière jeune diplômée, j'ai alors dû réorganiser la réalisation d'un des entretiens dans le service des Petits Enfants.

Enfin, la plupart des entretiens ont donc été réalisés de nuit, cela pourrait donc expliquer le temps plutôt court de mes entretiens causé par la fatigue des professionnels de santé. De plus, ils étaient tous en poste pendant les entretiens, ils avaient donc peu de temps à m'accorder, ce

qui pourrait aussi expliquer les réponses plutôt brèves à certains moments. Pour finir, un entretien a été coupé par l'arrivée d'un patient aux Urgences Pédiatriques.

On peut aussi se demander si l'enquête est réellement représentative de la totalité des professionnels de santé puisque seulement 6 ont été interrogés.

## **6.6 Synthèse des entretiens**

### Entretien 1 :

Rose est infirmière depuis juillet 2020, elle a travaillé de l'obtention de son diplôme à septembre 2020 dans une maison de retraite avant d'entrer en école pour devenir infirmière puéricultrice en octobre 2020. Pendant cette année d'étude, elle a fait de l'intérim dans un service d'oncologie et à la maternité. Elle est donc infirmière puéricultrice depuis octobre 2021 et a travaillé 1 an et demi à la maternité et depuis 3 mois dans le service des Grands Enfants.

Concernant la prise en charge des enfants, elle m'explique qu'elle est différente de celle d'un adulte, non dans la réalisation du soin technique mais dans tout ce qui s'ajoute autour. En effet, il y a beaucoup plus de dimensions à prendre en compte chez l'enfant comme son âge, son stade de développement, ses besoins ou encore ses peurs. De plus, pour cette puéricultrice, la prise en soins d'un enfant nécessite des compétences spécifiques, ainsi elle ne se voyait pas commencer dans un service de pédiatrie après l'obtention de son diplôme d'infirmière, la formation de puéricultrice lui a apporté de nombreuses connaissances et compétences. Pour elle, les différentes étapes du développement de l'enfant, les techniques de gestion de la douleur (Méopa, EMLA), la distraction sont des éléments incontournables à connaître pour exercer ce métier. A cela s'ajoute la famille et l'entourage qui tient une place beaucoup plus importante.

Concernant la question des émotions, la prise en charge d'un enfant peut impacter les siennes mais cela dépend de la situation. En effet, la prise en soins d'un enfant présentant une grippe ou de l'asthme n'est pas la même chose que lorsque qu'elle est confrontée à des choses qui ne sont pas censées arriver à des enfants, elle n'en dit pas plus mais elle évoque son passé d'infirmière dans un service d'oncologie. Elle explique que la prise en charge des parents en situation de détresse n'est pas simple à gérer non plus. Elle me dit quand même qu'elle s'en sort plutôt bien dans son quotidien de soignante et qu'elle n'a jamais eu de difficultés avec ça.

Cependant, Rose me raconte deux situations où la prise en charge d'un enfant a été compliquée au niveau de ses émotions. Pour les deux cas, cela n'a pas eu d'impact au niveau de sa prise en charge, elle m'explique que si on se rend compte de nos émotions alors on peut passer au-delà. Dans la deuxième situation, la prise en charge d'une petite fille en fin de vie lui a permis de se remettre en question, ainsi elle s'est sentie révoltée et impuissante par rapport à l'enfant mais aussi par rapport à la maman mais pour elle cela n'a pas eu de conséquence sur sa prise en charge.

### Entretien 2 :

Marguerite est infirmière depuis un peu plus de 11 ans (diplômée en 2011), elle a été la dernière année avec la formation comprenant les MSP. Après l'obtention de son diplôme, elle a fait 2 ans de transplantation cardiaque soins intensifs chez les adultes et le Service Médical d'Accueil (SMA) pendant 3 ans et demi. Elle travaille actuellement aux urgences pédiatriques de nuit depuis 5 ans en tant qu'infirmière. Il y a 2-3 ans elle a passé le concours afin de devenir puéricultrice, a été acceptée sur liste principale mais l'hôpital n'a pas financé sa formation.

Premièrement, la prise en charge d'un enfant est selon elle complètement différente de celle d'un adulte, du fait notamment de la communication. En effet, pour elle il n'y a pas de communication possible avec un bébé et très peu avec un petit enfant, il est donc nécessaire de gagner une confiance qui est pour elle plus difficile à avoir qu'avec un adulte étant donné son passé. Ainsi, pour l'enfant par exemple une prise de sang peut être très compliquée à réaliser car il ne sait pas ce que c'est, le stress est présent et n'a pas le recul nécessaire pour comprendre. De plus, elle évoque la place des parents dans la prise en soins qu'elle doit aussi prendre en charge.

Concernant les compétences spécifiques, Marguerite pense qu'il est nécessaire d'en posséder mais elles peuvent s'apprendre sur le tas. En effet, elle est infirmière depuis 5 ans aux urgences pédiatriques et ne s'est jamais sentie en difficulté sauf sur deux points précis : le développement psychomoteur et l'allaitement. Pour elle, rien ne vaut l'expérience, les savoirs de ses collègues, ses recherches personnelles et le fait de « *faire* » au quotidien. Ainsi, si elle avait de nouveau l'opportunité de passer le concours elle le ferait pour être puéricultrice et ne pas devoir retourner chez les adultes mais pas réellement pour ses compétences.

Pour la question sur les émotions, le travail avec les enfants peut impacter les siennes et d'autant plus depuis qu'elle est maman car elle ne peut s'empêcher de s'identifier et de se projeter comme si c'était son enfant. Cependant, devant les parents ou dans la situation même elle dit contrôler ses émotions mais par la suite elle ressent des contre-coups qu'elle qualifie de violents. A contrario, Marguerite me raconte des exemples de situations où ses émotions l'ont dépassé, cela peut être des cas relevant de la psychiatrie où les enfants sont agressifs ou violents ou encore si un enfant est maltraité ou battu sexuellement. En effet, elle a déjà perdu son sang-froid et a haussé le ton auprès d'un enfant violent verbalement. D'autre part, elle a été impactée émotionnellement lors de la prise en charge d'un enfant de 4 ans en arrêt cardio-respiratoire. Cela a été très violent pour elle car la fatigue était présente en fin de nuit, la réanimation a duré deux heures et elle n'a pas pu s'empêcher de se projeter sur sa fille.

Dans tous les cas, la discussion avec ses collègues a été un moyen pour elle d'exprimer ses émotions, d'avancer et de passer à autre chose. Elle a eu besoin de passer des moments en famille en serrant sa fille dans ses bras et évoque la possibilité de rencontrer la psychologue si besoin même si pour elle avec le temps on se crée une carapace. Enfin, la dernière des solutions pour elle est de passer le relais si on ne se sent pas capable d'affronter certaines situations.

### Entretien 3 :

Iris est infirmière depuis 2005, elle a travaillé 1 mois chez les adultes et a tout de suite accepté un poste de nuit en tant qu'infirmière dans le service des Grands Enfants depuis 17 ans. Elle est passée de jour il y a 3 mois.

Concernant la prise en charge de l'enfant, elle est selon elle différente de celle d'un adulte notamment par l'approche que l'on a avec l'enfant. En effet, elle aborde le soin différemment avec un enfant, car ils peuvent être réticents par exemple. Cela se traduit par le tutoiement se caractérisant par une approche plus maternante/cocooning.

D'autre part, elle considère qu'il faut détenir des compétences spécifiques pour travailler en pédiatrie mais que le passage par l'école de puéricultrice n'est pas obligatoire. En effet, dans sa formation infirmière, elle a eu un module pédiatrie comprenant autant de la médecine que de la chirurgie. Concernant les compétences manquantes, pour elle on peut les apprendre sur le tas au fil des années et de ce que l'on rencontre (secteur social, travail en PMI, travail en crèche).

A propos des émotions, le travail avec les enfants peut les impacter d'autant plus depuis qu'elle est maman car elle ne peut s'empêcher de se projeter. Elle est plus sensible et ressent de la peine sur des prises en charge où un diagnostic de leucémie par exemple va être posé ou lorsqu'elle est confrontée au décès de l'enfant. Cependant, selon elle ses émotions n'ont jamais impacté son travail, elle arrive à gérer ses émotions en prenant sur elle et en s'en détachant. Pour finir, elle me raconte une situation de fin de vie où l'enfant présentait des tumeurs et risquait à tout moment de faire une hémorragie, elle était donc stressée ne sachant pas à quel moment le décès arriverait. Concernant les moyens mis en place, le soutien et l'entraide entre l'équipe est très important pour elle, en effet ils discutent beaucoup des situations compliquées et peuvent même voir les psychologues si besoin. Enfin, cela peut aussi passer par des moments de rigolade afin d'évacuer le stress.

#### Entretien 4 :

Capucine est infirmière depuis 2018, elle a d'abord été ASH, puis AP et après 3 ans d'étude est devenue infirmière en juillet 2018. Elle travaille dans le service des Petits Enfants depuis 2019.

Pour elle, la prise en charge d'un enfant est différente de celle d'un adulte du fait de sa complexité. En effet, selon elle il faut prendre beaucoup plus de temps en expliquant les choses. De plus, la présence des parents constitue une charge de travail supplémentaire dans la prise en charge de l'enfant. Hayette évoque la prise en charge de la douleur qui est différente chez l'enfant que chez l'adulte, ainsi en pédiatrie on utilise certains moyens comme l'EMLA, qui sont que très peu utilisés chez l'adulte.

Concernant la question sur les compétences, Capucine m'évoque plutôt les qualités nécessaires pour pouvoir prendre en charge un enfant. Pour elle, la patience, la calme et la gestion des émotions sont primordiales dans le travail en pédiatrie.

En ce qui concerne les émotions, le travail avec les enfants a déjà impacté les siennes notamment devant les pleurs de l'enfant ressentant de la douleur et de la souffrance. Elle m'explique d'ailleurs que ses émotions ont déjà impacté son travail en me racontant une situation où la seule issue pour elle a été de quitter la salle. En effet, elle était encore AP et accompagnait une infirmière qui réalisait un pansement d'une brûlure située à un endroit où l'utilisation du Méopa était impossible. Le soin était donc très douloureux, elle s'est sentie mal

et a quitté la salle. Elle a ressenti de la frustration de n'avoir pas pu mettre en place un antalgique avant la réalisation du soin, la gestion de la douleur est donc une notion primordiale pour elle. Elle évoque inconsciemment le retentissement de la vie personnelle sur la vie professionnelle en disant qu'elle a peut-être été plus impactée ce jour-là car c'était un moment plus sensible pour elle. Pour que cela ne se reproduise pas, elle explique qu'on peut passer la main à une autre collègue si on ne s'en sent pas capable dès le départ. Pour elle, il est compliqué de gérer ses émotions car même s'il faut essayer de se détacher, on ne peut pas se blinder dans notre vie de soignant, mais précédemment elle explique qu'avec l'expérience on peut y arriver. Enfin, elle me parle d'une formation comme moyen mis en place mais elle n'en a pas dit plus et je n'ai pas pensé à demander des informations supplémentaires.

#### Entretien 5 :

Violette est infirmière depuis 2020 et diplômée puéricultrice depuis 2021. Après l'obtention de son diplôme, elle a travaillé en pédiatrie Petits/Nourrissons pendant 1 an et travaille depuis 6 mois aux Urgences Pédiatriques de nuit.

En ce qui concerne la prise en charge d'un enfant, elle affirme qu'elle est bien différente de celle d'un adulte selon différents points. Premièrement, l'enfant ne comprend pas forcément son environnement, ce qu'il se passe, pourquoi il est là et les soins qui lui sont réalisés. De plus, la communication est soit inexistante soit compliquée à établir, ainsi les parents et l'entourage ont un rôle primordial dans la prise en charge de l'enfant. Enfin, prendre en soins un enfant prend inévitablement plus de temps qu'un adulte car dans certaines situations la négociation entre en jeu (prendre une tension, donner un sirop).

Concernant les compétences spécifiques en pédiatrie, Violette pense qu'il est nécessaire d'en posséder afin de prendre en charge au mieux l'enfant. En effet, pour elle les enseignements à l'IFSI sont insuffisants pour travailler en pédiatrie et l'école de puéricultrice apporte de nombreuses compétences et connaissances telles que certaines pathologies spécifiques, la communication avec l'enfant et les parents, l'aspect psychologique, la posture de puéricultrice, l'accompagnement à l'allaitement et l'observation fine de l'enfant. Cependant, certaines compétences peuvent s'acquérir avec l'expérience dans le service (stages par exemple) mais aussi avec l'expérience personnelle.

A propos des émotions, Violette m'explique que le travail avec les enfants n'impacte pas ses émotions car pour elle si c'était le cas alors elle ne peut plus travailler. Cependant ses propos sont contradictoires car elle évoque le fait d'être touchée par la tristesse des parents ou l'état de l'enfant pendant des grosses réanimations, mais cela n'a pas d'impact sur sa façon de travailler. Elle pense que la prise en charge d'un enfant peut impacter les émotions du soignant lorsqu'ils ont des enfants par exemple ou lorsque personnellement elle se sent fatiguée ou triste. Elle me raconte une situation, où elle a pris en charge d'une petite fille en arrêt cardio-respiratoire qui est finalement décédée a été particulièrement difficile. Violette m'explique qu'elle a été touchée par la tristesse du papa, n'a pas réussi à dormir après la fin de sa nuit et s'est remise en question afin d'améliorer la prise en charge. De plus, la tristesse de ses collègues se sentant responsables l'a aussi fortement impactée. Enfin, la discussion avec les collègues (autres infirmières et médecins) et lors de la RMM (revue de mortalité et de morbidité) ont permis à Violette d'extérioriser ses émotions et de savoir comment agir lors de nouvelles situations similaires.

#### Entretien 6 :

Lilas a 24 ans, est infirmière depuis juillet 2021, elle a fait un stage de 10 semaines aux Urgences Pédiatriques et a été contacté par l'hôpital pour prendre un poste en CDD à sa sortie de diplôme. Elle est actuellement en CDI et y travaille depuis 1 an et demi.

A propos de la prise en charge de l'enfant, elle m'explique qu'elle est bien différente de celle d'un adulte. Premièrement, les soins réalisés à l'enfant nécessitent plus de personnes, une infirmière ne peut pas faire une prise de sang ou poser un cathéter seule, en effet l'enfant a besoin de distraction (musique, chanter des comptines, parler) et même parfois d'être maintenu. De plus, la prise en charge des parents s'ajoute à celle de l'enfant, il faut savoir gérer leurs angoisses, leur stress, leurs questions et savoir rester professionnelle, puisqu'ils ne sont pas toujours aidants dans la prise en charge de leur enfant. En effet, dans le cas de l'urgence vitale Lilas explique qu'il faut une personne détachée pour s'occuper du parent. Elle veut donc dire que tout prend plus de temps avec les enfants, il faut pouvoir leur expliquer les choses en s'adaptant à leur comportement et en prenant en compte leurs émotions qu'ils ne gèrent pas. Enfin certains actes techniques vont être différents, par exemple la mise en place d'une attèle après la pose du cathéter est nécessaire pour le protéger.

Concernant les compétences spécifiques en pédiatrie, Lilas m'explique que pour elle tout le monde ne peut pas travailler en pédiatrie, il faut que cela soit un choix. Après être sortie de l'école d'infirmière et en arrivant dans le service, elle a tout appris sur le tas grâce à la formation de ses collègues et ses recherches personnelles, soit les maladies infantiles, les différents signes de gravité de l'enfant, le prendre soin de l'enfant. En effet, pour elle il y a des capacités et des choses à savoir mais elles peuvent totalement s'apprendre sur le tas, dans n'importe quel service.

Pour finir, en ce qui concerne les émotions, pour Lilas le travail avec les enfants ou même avec les adultes peut impacter ses émotions. Cependant, le fait de travailler aux urgences l'aide beaucoup car elle s'attache moins aux patients contrairement à un service de soins palliatifs ou d'oncologie. En effet, même si la prise en charge des enfants peut la toucher, elle sait qu'il y en a d'autres qui attendent d'être soignés et qui n'ont rien demandé. Dans certaines situations, il faut donc savoir mettre ses émotions de côté pour prendre en charge les enfants. Cependant, parfois ses émotions peuvent impacter son travail, il y a quelques mois d'ailleurs ses émotions l'ont dépassé. Elle dit être impactée surtout dans des situations où les enfants sont très précaires, où ils subissent les problèmes de leurs parents (viols, violences, drogues), dans des situations de décès où la tristesse des parents est très présente. Pour elle, les émotions surgissent après la situation et non sur le moment. Ainsi, elle mesure la chance qu'elle a d'être en équipe et de pouvoir s'appuyer sur ses collègues si elle ne se sent pas capable. Elle explique que la gestion des émotions varie en fonction des caractères et qu'on apprend à se forger avec le temps. Elle me raconte une situation particulièrement difficile d'un enfant de 14 ans qui se rend très régulièrement aux urgences à sa demande, car il ne veut plus vivre dans sa famille. Lilas ressent beaucoup de tristesse, d'injustice et d'impuissance car ils ont monté de nombreux dossiers pour un futur placement mais rien n'est mis en place. Pour finir, elle s'appuie beaucoup sur l'équipe avec laquelle elle travaille, elle sait qu'elle peut être là pour elle pour discuter et extérioriser ses émotions. Elle pense que sa famille ne doit pas être là pour écouter ses problèmes au travail.

## 7 Analyse des entretiens

Après avoir réalisé une synthèse de chaque entretien, j'ai confectionné un tableau d'analyse reprenant les propos de chaque professionnel de santé regroupés par thèmes (Annexe X) afin de faciliter l'analyse croisée. Cela permet de comparer et confronter les réflexions des infirmières et puéricultrices afin d'enrichir la réflexion.

Premièrement, les six infirmières et puéricultrices interrogées sont tous d'accord pour dire que la prise en charge des enfants est bien différente de celle des adultes. En effet, tout d'abord la communication entre l'enfant et le soignant est différente qu'avec un adulte. Pour Marguerite, elle peut même être inexistante, elle dit : « *si tu t'occupes d'un bébé, il n'y a pas de communication possible* ». On peut alors se poser la question de ce qu'elle entend par communication, inclut-elle la communication non verbale ? Ainsi, la communication verbale avec le bébé est certes complexe voire inexistante mais les sourires, les grimaces, l'agitation constituent des éléments essentiels de la communication non verbale. Le bébé ne parle pas, cela ne veut pas dire qu'il ne s'exprime pas. On peut aussi se poser la question des enseignements reçus lors de sa formation, en effet Marguerite a une formation infirmière mais non puéricultrice. Les études pour devenir infirmière puéricultrice comportent sûrement des enseignements sur la communication du bébé qu'elle n'a pas eu. Cependant, Violette dit : « *On ne peut pas communiquer avec eux* », en parlant des enfants. Elle a pourtant la formation de puéricultrice. De plus, les autres professionnels de santé sont tous du même avis : la communication avec l'enfant est certes complexe mais pas inexistante, elle nécessite cependant plus d'explications afin de faciliter la compréhension.

Concernant la relation en elle-même, toutes expliquent qu'elle est bien différente qu'avec un adulte, Iris évoque le fait qu' « *on n'approche pas un enfant comme on approcherait un adulte* ». Il y a plusieurs dimensions à prendre en compte telles que son âge, son stade de développement, ses besoins, ses peurs... En effet, Lilas explique qu'« *ils sont tous très différents donc des fois il y a quelque chose qui va très bien marcher avec un enfant et pas du tout avec un autre* ». Le métier d'infirmière puéricultrice nécessite donc une certaine adaptabilité dans chaque situation pour prendre en soins au mieux l'enfant. De plus, Marguerite évoque la relation de confiance qui, selon elle est bien plus difficile à acquérir avec un enfant,

elle dit : « *il faut gagner une confiance qui est bien plus difficile à avoir je trouve qu'avec un adulte avec qui tu peux communiquer, expliquer vraiment les choses et qui a un passé* ». Ainsi, pour elle la communication est un facteur favorisant dans l'instauration de la relation de confiance. D'autre part, Iris évoque un élément intéressant dans la relation soignant-soigné en pédiatrie : « *le tutoiement* ». En effet, la relation avec l'enfant étant une relation thérapeutique, le vouvoiement devrait être de rigueur, cependant l'enfant ne comprendrait certainement pas l'intérêt du vouvoiement, ainsi le tutoiement permet l'instauration d'une relation de confiance entre elle et l'enfant. Elle explique qu'elle met en place une relation plus maternante avec l'enfant, on peut se questionner si cela provient du fait qu'elle soit maman ? On peut ajouter à cela la notion de temps qui revient très souvent dans les entretiens, elle permet l'instauration de la relation soignant-soigné. En effet, l'enfant hospitalisé ne comprend pas forcément pourquoi il est là, ce qu'on va lui faire et le devenir de sa prise en charge. C'est pourquoi pour les professionnels interrogés, il est primordial de prendre le temps que ce soit dans les explications ou dans la réalisation du geste. Capucine dit : « *chez un enfant c'est plus complexe parce que déjà il faut prendre beaucoup plus de temps, lui expliquer les choses, il faut expliquer le geste, il faut préparer l'enfant* ». Violette et Lilas évoquent aussi exactement la même notion. Ainsi, prendre le temps d'expliquer le soin permet le bon déroulé de celui-ci par la suite. Dans la réalisation du soin technique, cela peut aussi prendre plus de temps chez un enfant, Violette prend l'exemple de la prise de tension en disant « *il faut la prendre plusieurs fois parce qu'il bouge, parce qu'il enlève le brassard, il faut négocier* ». Lilas explique la même chose en donnant l'exemple de la pose d'un cathéter : « *les préparations ne sont pas les mêmes, un enfant pour lui poser le cathéter, il faut lui mettre une attèle et c'est vrai que chez les adultes non, ça va beaucoup plus vite* ». On peut donc dire que la prise en charge d'un enfant en général prend plus de temps, tant sur le plan technique que relationnel. Cependant, Rose explique que « *l'acte technique va être le même* » entre un adulte et un enfant, or on ne va pas faire un prélèvement sanguin de la même manière chez un adulte que chez un nouveau-né par exemple. Ces propos proviennent sûrement du fait qu'elle travaille dans le service des Grands Enfants, elle est donc plutôt confrontée à des patients âgés de 3 ans à 15 ans, les gestes techniques peuvent être alors plus semblables entre ces enfants et les adultes. Quand on parle de gestes techniques on parle forcément de distraction, en effet cela permet d'attirer l'attention de l'enfant sur quelque chose qu'il apprécie pour qu'il se concentre moins sur l'inconfort ou la douleur produite par les soins. Lilas en donne quelques exemples : « *on va leur parler, leur poser des questions, en quelle*

*classe ils sont, est ce qu'ils ont des frères et sœurs, mettre de la musique, chanter des comptines* ». D'ailleurs, Rose évoque la distraction comme une compétence à avoir pour travailler en pédiatrie, elle est très souvent utilisée auprès des enfants et nettement moins chez les adultes. Enfin, la place de la famille est totalement différente que dans un service pour adultes. En effet, les proches servent de présence et de soutien pour la personne hospitalisée chez les adultes et dans certains cas peuvent donner leurs avis dans la prise de décisions médicales. En pédiatrie, les parents sont avant tout les détenteurs de l'autorité parentale mais aussi de véritables piliers dans la prise en charge de leur enfant. Ainsi, Lilas dit : *« on s'appuie beaucoup sur les parents et des fois on a des parents qui sont très aidants et des parents qui ne le sont pas du tout »*. Étant donné la communication complexe avec certains enfants, les parents sont une ressource importante pour recueillir des données utiles concernant l'état de santé de leur enfant. De plus, ils sont des personnes ressources et rassurantes pour leur enfant et permettent la plupart du temps de les apaiser. Cependant, dans certains cas, du fait de leur stress par exemple, ne permettent pas le bon déroulé des soins, ils peuvent donc être un atout mais aussi un frein dans la prise en charge de l'enfant. C'est pourquoi, la plupart des soignantes interrogées considèrent les parents comme une charge de travail supplémentaire. Elles disent : *« souvent il y a les parents donc c'est pas que l'enfant c'est aussi le parent qui est avec donc on a deux personnes à prendre en charge, à gérer »* (Capucine), *« tu as les parents et les parents il faut savoir apprendre à gérer leurs angoisses, leur stress, leurs questions »* (Lilas). On peut alors dire que la prise en charge d'un enfant nécessite plus de temps mais aussi plus de personnes, ainsi Lilas dit : *« Ça nécessite plus de personnes, une infirmière ne peut pas faire une prise de sang ou poser un cathéter ou faire un pansement généralement seule »*. De plus, Lilas explique qu' *« il faut une personne qui soit détachée pour s'occuper du parent »* dans certaines situations. En conclusion, nous pouvons dire que la prise en charge d'un enfant est différente de celle d'un adulte selon différents points évoqués précédemment, elle prend plus de temps et nécessite l'intervention de plus de personnes.

Concernant la question des compétences spécifiques pour travailler en pédiatrie, toutes sont d'accord pour dire qu'il est nécessaire d'en posséder pour exercer avec les enfants. Elles ont donné de multiples exemples mais ont parfois confondu compétences et connaissances. Premièrement, la gestion de la douleur avant la réalisation d'un geste technique revient souvent dans le discours des professionnels de santé interrogés, en effet Rose et Capucine ont cité quelques méthodes comme l'utilisation de l'EMLA ou du Méopa. De plus, Marguerite et Rose

ont toutes les deux parlé des différentes étapes du développement psychomoteur à connaître. Cela permet d'adapter sa prise en charge en fonction des capacités de l'enfant et de comprendre certaines réactions de son comportement. Enfin, de nombreuses autres connaissances et compétences sont évoquées par les professionnels de santé telles que l'allaitement, les différentes pathologies infantiles, les différents signes de gravité de l'enfant, la communication avec l'enfant, la gestion des émotions face au patient, l'observation fine de l'enfant, le prendre soin, la posture professionnelle... Par la suite, une question sur la transmission de ces compétences a été posée aux professionnels de santé, les réponses sont assez variées. Premièrement, Rose pense que l'école de puéricultrice est primordiale pour travailler en pédiatrie, en effet elle dit : « *Je ne me serais pas du tout vue commencer après l'école d'infirmière parce que on a trop peu d'apports sur les enfants* ». La formation pour devenir puéricultrice apporte de nombreuses connaissances et compétences sur l'enfant et son développement, l'environnement familial et social, la prévention et sur de multiples autres domaines. Pour elle, cette formation lui a permis d'ajuster sa prise en charge et de se sentir plus à l'aise pour travailler avec les enfants. Les autres soignantes interrogées m'expliquent que les compétences peuvent être apprises sur le tas grâce à la formation de leurs collègues, aux recherches personnelles effectuées et incontestablement à l'expérience dans ce domaine. Pour finir, Iris (infirmière depuis 18 ans) affirme avoir acquis la majorité de ses compétences grâce aux enseignements dispensés à l'IFSI. Enfin, Marguerite n'est pas du même avis que Rose, elle pense que l'école de puéricultrice peut apporter des précisions dans certains domaines, mais n'est pas forcément nécessaire pour travailler en pédiatrie. Elle dit alors : « *on a des infirmières ici, ça fait 17 ans qu'elles sont infirmières en pédiatrie, elles n'ont jamais eu le diplôme et elles sont tout autant voire plus compétentes* ». Pour elle, le plus important est la pratique mais surtout l'expérience professionnelle. Toutefois, elle m'explique avoir rencontré quelques difficultés dans la prise en charge d'enfants violents ou agressifs qui ont engendré chez elle un manque de patience. De plus, une situation de décès après une longue réanimation a été particulièrement difficile pour elle. On peut alors se demander si la formation de puéricultrice lui aurait permis d'acquérir plus de connaissances afin d'être davantage patiente dans la prise en soins de certains patients. Cette spécialisation aurait potentiellement pu lui donner des clés afin de faciliter la gestion de ses émotions dans les situations de décès.

Pour finir, quelques questions ont été posées aux professionnels de santé sur leur vécu émotionnel dans leur quotidien en pédiatrie. Premièrement, nous pouvons analyser que

Marguerite, Iris, Capucine et Lilas expliquent qu'elles ont toutes déjà eu leurs émotions impactées à cause de la prise en charge d'un enfant. Cela peut provenir de plusieurs situations : un décès, une problématique sociale (violences, maltraitance, précarité...) ... Marguerite, Rose et Lilas expliquent toutes que la prise en charge d'un enfant est plus compliquée que celle d'un adulte au niveau émotionnel, elles disent alors : « *quand c'est un enfant c'est dur, plus dur que quand c'est un adulte* » ou encore « *avec les enfants les émotions sont présentes parce que ça reste des enfants.* » On peut supposer que cela est dû au fait qu'un enfant malade ou en fin de vie ne correspond pas à la suite logique de la vie. L'émotion citée principalement est la tristesse, cependant on retrouve aussi de la colère et le sentiment d'impuissance, d'injustice et de frustration. Aucune émotion positive n'est décrite dans le discours des professionnels de santé, on peut alors se demander si réellement des moments de joie se produisent dans leur quotidien de soignant, ou alors retiennent-ils uniquement les situations émotionnellement difficiles ? De plus, Violette et Marguerite évoquent l'impact négatif de la vie personnelle sur le quotidien à l'hôpital, en effet elles disent : « *je sais que quand moi personnellement je suis fatiguée ou triste, peut être que dans mon travail je serai moins patiente* », « *il y a des jours où ça se passe bien parce que toi même ça va à peu près, il y a tellement de facteurs* ». On peut donc dire que dans certains cas la relation soignant-soigné peut être impactée par des événements personnels négatifs. D'ailleurs, trois soignantes pensent que la prise en charge d'un enfant peut être plus compliquée émotionnellement lorsque le soignant a déjà un enfant. En effet, dans ces situations, elles ne peuvent pas s'empêcher de se projeter, les émotions sont alors décuplées. De plus, d'autres facteurs peuvent intervenir tels que la fatigue des soignants, certaines caractéristiques du soin (situation soudaine, durée...).

Une notion très intéressante a été abordée par Lilas dans son entretien, celle du temps dans la relation soignant-soigné. En effet, elle explique que « *le fait de travailler aux urgences moi ça m'aide aussi, je sais que par exemple je serais incapable de travailler dans un service de soins palliatifs ou même d'oncologie, d'avoir des patients sur du long terme qu'on apprend à connaître, qui font presque partie de nos vies* ». Ainsi, ses émotions sont beaucoup plus présentes lorsqu'elle apprend à connaître les patients et qu'elle tisse une relation sur la durée. Cela est sûrement dû au fait qu'elle s'attache à ses patients, le contexte des urgences où l'on voit une multitude de patients dans la journée qui restent peu de temps l'aide donc à mieux gérer ses émotions.

Concernant l'impact des émotions sur le travail, deux puéricultrices (Rose et Violette) disent ne pas être impactées par leur travail en pédiatrie, contrairement aux quatre autres soignantes qui expliquent l'être beaucoup plus. Cependant, Violette dans son discours raconte une situation particulièrement compliquée, elle me dit : « *c'est plus le père qui m'a touché parce qu'en soit l'enfant était en arrêt cardiaque mais le père vraiment son regard, j'y pense encore à son regard je vois qu'il était complètement dans le vide. Moi j'y ai pensé, j'ai eu du mal à dormir, ce jour-là je me suis endormie à midi* ». Or, elle me dit par la suite « *oui j'y pense un petit peu chez moi quelques jours après mais ça n'impacte pas mes émotions* », le fait de ressentir de la tristesse veut dire qu'il y a eu un impact sur ses émotions dans cette situation. On peut alors se demander si elle minimise ses ressentis, ou alors n'a-t-elle pas conscience qu'être touchée par une situation correspond à l'expression de ses émotions ? On peut aussi se questionner sur la compréhension de ma question.

Enfin, concernant les moyens mis en œuvre afin d'extérioriser ses émotions, plusieurs solutions sont décrites. Premièrement, la discussion avec les collègues et le soutien de l'équipe est un élément primordial. En effet, pour Lilas « *on ne peut pas ramener tout ça à la maison* », de plus « *c'est plus facile de s'appuyer entre nous, ils comprennent mieux* ». Le psychologue est aussi une possibilité décrite par les soignantes si vraiment la situation est compliquée psychologiquement, dans tous les cas selon Marguerite « *Il ne faut pas garder pour toi* ». Dans les cas vraiment complexes où les émotions ont pris le dessus, Lilas, Capucine et Marguerite expliquent qu'il faut savoir passer le relais. En effet, Capucine dit : « *il faut savoir passer la main et demander à sa collègue d'y aller. Il faut pouvoir le faire à temps* », ses propos proviennent du fait qu'un jour elle a dû quitter la chambre de l'enfant car ses émotions l'ont complètement dépassé.

Pour finir, Iris évoque le fait que cela peut passer par « *des moments de rigolade aussi pour essayer d'évacuer notre stress* ». Il est vrai que dans ce métier, il nous arrive de rire et de dédramatiser certaines situations même difficiles, c'est un mécanisme de défense qui apparaît parfois. Dans son discours, Capucine explique qu'« *il faut pouvoir maîtriser un petit peu ses émotions* », on peut se demander si ses propos proviennent de ceux de la société qui disent qu'une infirmière ne doit pas exprimer ses émotions lorsqu'elle porte la blouse blanche. Ces propos sont contradictoires puisqu'elle m'explique par la suite que pour elle « *on peut pas se blinder* » dans notre métier. Veut-elle alors essayer de ressembler à l'infirmière « *parfaite* » selon la société ? Certaines autres soignantes expliquent qu'avec le temps et l'expérience on

réussit de mieux en mieux à maîtriser nos émotions, ce qui facilite notre travail dans certaines prises en charge.

## **8 Problématique**

Après avoir analysé et croisé les propos des différents professionnels de santé interrogés, nous allons maintenant pouvoir les comparer avec les auteurs présents dans le cadre de référence. Il a été construit selon trois thèmes présents dans ma question de départ : la prise en charge de l'enfant, les compétences spécifiques en pédiatrie et les émotions du soignant. Cela a permis de guider mes entretiens dans lesquels il en ressort des similitudes mais aussi des pistes de réflexions différentes.

Premièrement, concernant la prise en charge de l'enfant, certains soignants comme Lilas ont expliqué qu'elle était bien différente de celle d'un adulte mais surtout différente en fonction de chaque enfant. En effet, Lilas dit : « *ils sont tous très différents donc des fois il y a quelque chose qui va très bien marcher avec un enfant et pas du tout avec un autre* ». Freud est du même avis, car en détaillant les différentes étapes du développement psychoaffectif de l'enfant il en déduit que cela va influencer la façon d'aborder l'enfant et donc la relation soignant-soigné avec ce patient. En plus du soin technique, il faut ainsi prendre en compte ses peurs, son stress, car il n'a pas le recul nécessaire pour comprendre certaines choses. C'est ce qu'explique exactement Bénédicte Lombard dans son ouvrage *Les soins en pédiatrie* en disant que « *les infirmières doivent penser le soin dans sa globalité en prenant en compte les soins techniques (le cure) mais aussi la relation singulière avec la personne soignée (le care).* »

En ce qui concerne la relation soignant-soigné, elle est décrite par le dictionnaire encyclopédique des soins infirmiers comme « *le lien existant entre deux personnes de statut différent, la personne soignée et le professionnel de santé* ». Or en pédiatrie, la relation soignant-soigné concerne certes le soignant et l'enfant mais doit aussi inclure le parent ou le responsable légal. En effet, Violette explique qu' « *on se fit beaucoup aux discours des parents, donc on est obligés de travailler avec les parents et l'entourage si c'est pas les parents, les tuteurs légaux* ». Le parent fait donc partie intégrante de la prise en charge de l'enfant, c'est ce qu'on appelle la triade parent-enfant-soignant.

Concernant la communication dans la relation soignant-soigné, elle est décrite par Margot Phaneuf comme « *un processus de création et de récréation d'information, d'échange, de partage, et de mise en commun des sentiments et d'émotions entre des personnes. La communication se transmet de manière verbale et non verbale, et de manière plus globale, par la manière d'agir des intervenants* ». Cela peut être en contradiction avec Marguerite, qui pense qu'avec certains enfants comme les nouveau-nés il n'y a pas de communication possible. Or, elle ne prend donc pas en compte la communication non verbale. Selon Daniel Oppenheim, il est donc nécessaire d'adapter son mode de communication à l'enfant en fonction de la situation. C'est ce qu'essaye d'expliquer Lilas en disant que « *tout prend plus de temps avec les enfants, il faut pouvoir leur expliquer les choses, il faut prendre le temps* ». Cette communication adaptée permet de lier une relation de confiance. Marguerite trouve cela compliqué, elle dit alors : « *il faut gagner une confiance qui est bien plus difficile à avoir je trouve qu'avec un adulte avec qui tu peux communiquer* ». Elle est donc d'accord pour dire que la communication permet de lier une relation de confiance, mais elle y inclut uniquement la communication verbale, qui pour elle est compliquée à mettre en place avec les enfants. Elle peut donc présenter quelques difficultés pour tisser une relation de confiance.

Même si aucune question précise n'a été posée sur la place de la famille dans la prise en charge de l'enfant, quasiment tous les soignants en ont systématiquement parlé. Lilas explique que « *des fois on a des parents qui sont très aidants et des parents qui ne le sont pas du tout* », c'est exactement ce que développe Françoise Galland (co-fondatrice de l'association Sparadrapp). Ainsi, on peut retrouver un « *parent qui est complètement angoissé, qui pleure, qui crie* ». Cependant, les soignantes interrogées insistent sur cette notion en disant que les parents peuvent être réellement une charge de travail supplémentaire. En effet, Capucine dit : « *souvent il y a les parents donc c'est pas que l'enfant c'est aussi le parent qui est avec donc on a deux personnes à prendre en charge, à gérer* ». On peut donc dire que la prise en charge du parent en pédiatrie est aussi à prendre en compte.

Avant d'exploiter les différentes compétences décrites par les soignants, nous pouvons voir que la plupart des professionnels interrogés ne font pas la différence entre une compétence, une connaissance et une qualité. En effet, les « *pathologies de l'enfant* » évoquées par Violette en répondant à ma question sur les compétences seraient plutôt qualifiées de connaissances. Ainsi, Isham Fleury les décrit comme « *un ensemble d'informations stockées grâce à l'expérience ou l'apprentissage et qui ne comprend donc pas la mise en pratique* ». De plus, la distraction, la

communication avec l'enfant, la posture professionnelle seraient plutôt qualifiées de compétences. Marc Romainville décrit cette notion en la définissant comme « *un ensemble intégré et fonctionnel de savoirs, savoir-faire, savoir être et savoir devenir qui permettront, face à une catégorie de situations, de s'adapter, de résoudre des problèmes et de réaliser des projets.* ». Enfin, une notion non traitée dans mon cadre de référence s'ajoute, celle des qualités. En effet, Capucine décrit le calme et la patience comme des compétences spécifiques nécessaires afin de travailler en pédiatrie. Or, on pourrait plutôt les qualifier de qualités, décrites par le dictionnaire Larousse comme « *un trait de caractère, une manière de faire et d'être que l'on juge positivement* ». On pourrait alors se questionner sur les qualités requises pour devenir infirmière et puéricultrice.

L'auteure évoque la distraction comme une technique régulièrement observée dans les services de pédiatrie, en effet l'enfant peut vivre les soins comme une punition et cette méthode permet d'attirer l'attention du soigné vers quelque chose de positif. Plusieurs professionnels de santé interrogés en ont parlé et ont donné quelques exemples comme « *poser des questions, en quelle classe ils sont, est ce qu'ils ont des frères et sœurs, mettre de la musique, chanter des comptines* »

Nous pouvons alors nous questionner s'il est nécessaire de posséder des compétences spécifiques en pédiatrie. Toutes les infirmières et puéricultrices sont d'accord pour dire que oui. On peut supposer que la Haute Autorité de Santé est du même avis puisqu'elle a publié un programme nommé Enjeux et spécificités de la prise en charge des enfants et des adolescents en établissement de santé dans lequel ils développent l'organisation de la prise en charge d'un enfant, l'accueil de l'enfant, de l'adolescent et de son entourage, la formation des professionnels à la prise en charge des enfants et des adolescents, l'information et la communication avec les enfants, les adolescents et leur entourage et la recherche de consentement ainsi que plusieurs autres thèmes se rapportant à la prise en charge d'un enfant hospitalisé. Cela permet d'ajuster au mieux la prise en charge de l'enfant et d'y apporter des précisions. Par la suite, nous avons questionné les professionnels sur la transmission des compétences, les avis sont partagés car certains pensent que l'école de puéricultrice est nécessaire tandis que d'autres affirment que la formation par les collègues, les recherches personnelles, l'expérience professionnelle et personnelle ainsi que les enseignements à l'IFSI suffisent pour exercer en pédiatrie. D'après le Larousse, certaines compétences peuvent être acquises par l'expérience dans des problèmes pratiques, dans l'exercice d'un métier. C'est ce qui est appelé le savoir-faire. C'est ce que décrit

aussi Maria Matilde. Une des techniques d'acquisition de compétences est nommée « *l'apprentissage par l'expérience* ». Elle en donne la définition comme étant une « *approche ou une méthodologie éducative dont l'objectif est de permettre à l'élève d'apprendre en faisant* ».

Dernièrement, concernant les émotions, Charles Darwin en décrit six : la peur, la joie, la tristesse, le dégoût, la surprise et la colère. Nous pouvons voir que d'après les témoignages des soignants, ils nous parlent uniquement de la tristesse et rarement de la colère. Est-ce parce qu'aucun moment joyeux est présent dans leur quotidien ou retiennent-ils plus facilement les moments compliqués ? De plus, Lilas évoque implicitement dans son discours le sentiment d'impuissance lorsque je la questionne sur ces émotions. Elle ne parvient donc pas réellement à faire la différence. En effet, les termes « *émotions* » et « *sentiments* » sont souvent employés pour parler de la même chose, cependant ils ont des définitions différentes. Premièrement, une notion de temporalité entre en compte, les émotions sont plutôt instantanées alors que les sentiments évoluent dans la durée. Isabelle Mante, naturopathe décrit un sentiment comme un « *état affectif construit à partir d'un mélange d'émotions. Il est le résultat d'une pensée abstraite qui vient de l'interprétation que nous faisons des événements et des sensations ressenties* ». L'auteure considère cela comme une prise de conscience de ce que l'on vit émotionnellement.

Selon Marion Borenstein, en pédiatrie les soignants font face à des situations difficiles, cela fait partie des « *risques du métier* ». Selon elle, on pourrait prendre en charge un patient sans émotion mais « *cette volonté de contrôle total est vouée à l'échec* ». Nous avons affaire à des émotions partout : « *les nôtres, celles des patients, celles générées par le travail en équipe et les conditions de travail* », nous devons travailler avec. En effet, grâce aux témoignages des professionnels de santé, on observe que l'on peut être confrontés à la peur et la tristesse des enfants et des parents mais aussi aux émotions de ses collègues provoquées par la prise en charge en pédiatrie, ainsi que les nôtres. Les émotions sont donc présentes partout dans le soin.

La colère, une émotion qui peut être ressentie par le soignant, peut passer par « *l'exaspération, l'emportement, la rage, elle peut aussi restée rentrée (une colère froide)* ». D'après Catherine Mercadier, la colère est une émotion « *à dominante intellectuelle et cognitive* », c'est pourquoi elle n'est que rarement exprimée sauf en cas de situations extrêmes, lorsque les patients sont « *agressifs, violents ou irrespectueux* ». C'est exactement ce que Marguerite me raconte, elle me décrit une situation de violence dans laquelle elle a perdu son sang-froid, a monté le ton et

s'est énervée. De plus, d'après Catherine Mercadier la tristesse peut aussi être ressentie par le soignant à l'hôpital, mais elle est souvent associée à la mort. En effet, Iris me décrit une situation de décès émotionnellement compliquée, elle me dit : « *quand on a eu un décès, parce que c'est le plus dur. Bah oui c'est compliqué quand on a des enfants qui sont en fin de vie, quand on ne sait pas quand est ce qu'ils vont décéder* ». Cela peut être majoré par certains paramètres comme l'âge similaire entre le patient et le soignant, la même profession ou encore le « *partage identitaire* » : « *elle me faisait penser à ma grand-mère* ». En pédiatrie, la vie personnelle a une forte influence sur la gestion des émotions, ainsi trois soignants pensent que le fait d'avoir des enfants majore la survenue des émotions dans le soin. Le type de soin réalisé ainsi que la durée de l'interaction entre le soignant et le soigné peut faire varier l'intensité de la tristesse dans certaines situations. En effet, Lilas dit : « *je serai incapable de travailler dans un service de soins palliatifs ou même d'oncologie, d'avoir des patients sur du long terme qu'on apprend à connaître, qui font presque partie de nos vies* ». Elle insinue donc que le temps de prise en charge influence sur la survenue et la gestion des émotions dans le soin. L'auteure évoque aussi surtout la tristesse de la famille, qui est « *contagieuse* » vis-à-vis du soignant. Violette raconte la situation d'une jeune fille en arrêt cardio-respiratoire en disant : « *c'est plus le père qui m'a touché parce que en soit l'enfant était en arrêt cardiaque mais le père vraiment son regard, j'y pense encore à son regard je vois qu'il était complètement dans le vide.* »

Enfin, les différents professionnels de santé peuvent mettre en place des moyens inconscients ou non afin de parvenir à gérer leurs émotions. Dans le livre Guide de survie du manager écrit par Laurent Combalbert et Dimitri Linardos, la gestion des émotions est définie comme le fait de « *connaître ses propres réactions pour pouvoir les anticiper et les contrôler* ». De plus, il ajoute l'identification de celles d'autrui afin d'anticiper les attitudes et les ressentis de l'autre. En effet, plusieurs soignants évoquent qu'il est important de maîtriser ses émotions afin d'être efficace dans la prise en charge de l'enfant. En effet, elles disent : « *il faut pouvoir maîtriser un petit peu ses émotions* », « *avec l'expérience on arrive à gérer ça* » « *il faut savoir mettre nos émotions de côté pour pouvoir passer au prochain patient* », « *on apprend aussi à se forger un petit peu avec le temps* », « *je pense qu'on arrive à prendre de la distance* ». Dans l'ouvrage de Monique Levêque, Lettres à une jeune infirmière écrit en 1994, elle recommande de trouver « *la juste distance pour rester maître de ses émotions* ». Ainsi, l'expérience dans les soins auprès de patients permet d'apprendre à maîtriser ses émotions afin d'éviter que cela nous dépasse. Mary Gohin, psychologue explique que comme les émotions sont le résultat d'un

conflit conscient et inconscient, il est alors possible d'apprendre à gérer ses émotions mais cela revient à modifier nos pensées et nos comportements. En effet, il faut commencer par se poser la question de ce que l'on ressent, ensuite, il est nécessaire de trouver la cause mais surtout de l'exprimer afin de permettre la mise en place d'une action et d'un comportement qui aura les meilleures conséquences possibles. Rose l'explique parfaitement en disant « *je pense que de manière générale si on s'en rend compte il y a moyen de passer au-delà* ». L'identification de l'émotion et de sa cause permet de mieux maîtriser les émotions qui peuvent survenir.

Par la suite, Freud définit les mécanismes de défense comme « *des processus de défense élaborés par le Moi sous la pression du Surmoi et de la réalité extérieure qui préservent le Moi et le protègent des exigences pulsionnelles du Ça* ». Henri Chabrol explique que les mécanismes de défense contribuent à atténuer les tensions internes et externes. Ils peuvent être utilisés par le soignant quand les émotions deviennent trop fortes et l'envahissent. Marguerite, dans son discours en a évoqué un : celui de la projection. En effet, elle dit : « *je ne peux pas lutter contre le fait de me projeter* ». Une situation difficile l'a particulièrement impactée, elle n'a pas pu lutter contre le fait de se projeter comme si le patient était son enfant.

Une notion intéressante abordée par une des soignantes interrogées a permis de me questionner, celle du tutoiement en pédiatrie. En effet, chez les adultes, le tutoiement n'existe pas ou exceptionnellement dans certaines situations comme les lieux de vie. Or, en pédiatrie il correspond au langage commun, aucun soignant ne vouvoie une enfant entre 0 et 15 ans et 3 mois. On peut alors se questionner sur l'intérêt du tutoiement dans la mise en place de la relation soignant-soigné. J'aurais pu orienter ma question de recherche sur ce thème mais j'ai préféré me questionner sur les contraintes liées à la transmission des compétences en pédiatrie (turn-over). En effet cela fait du lien avec mon futur professionnel et la future soignante que je serai. Je me pose alors la question de recherche suivante : En quoi les contraintes organisationnelles peuvent altérer la transmission des compétences en pédiatrie ?

## **9 Question de recherche**

La réalisation des entretiens et la confrontation avec les propos des auteurs de mon cadre de référence a permis de me questionner une nouvelle fois. En effet, la transmission des compétences décrites dans ce travail peut paraître idéalisée. Cependant, elle peut présenter certaines limites telles que le turn-over des soignants en service. Je peux alors me poser la question de recherche suivante :

***En quoi les contraintes organisationnelles peuvent altérer la transmission des compétences en pédiatrie ?***

## **10 Conclusion**

Ce travail de fin d'étude touche à sa fin, il m'a permis de me questionner et d'enrichir ma réflexion dans de nombreux domaines.

Entre les propos des différents auteurs sélectionnés et la réalisation d'entretiens auprès des professionnels de santé, j'ai alors pu comprendre que la prise en charge de l'enfant est réellement spécifique tant sur le plan technique que relationnel. Ainsi, selon l'âge, le stade de développement, les besoins et les peurs de l'enfant, la relation soignant-soigné pourra alors être adaptée. Elle demande donc davantage de temps et de nombreuses compétences spécifiques à la pédiatrie qui peuvent se transmettre de différentes manières. Notamment, en pédiatrie le parent détient une place primordiale, il est considéré comme un point de repère pour l'enfant. Par conséquent, il s'avère indispensable d'inclure le parent dans la prise en charge de l'enfant. Ainsi, sa présence influence le bon déroulement du soin, même si parfois ils peuvent être considérés comme parasitants dans la prise en charge de leur enfant. La notion d'impact émotionnel au niveau du soignant a aussi été analysée et il en ressort que la prise en soin d'un enfant peut dans certains cas impacter les émotions du soignant, et même parfois son travail. Enfin, je me questionnerai sur les limites de la prise en charge d'un enfant notamment sur la transmission des compétences en raison des contraintes organisationnelles telles que le turnover important dans certains services.

Sur le plan personnel, ce travail a permis d'enrichir mes connaissances et de mettre en lumière des éléments de réponse sur les différents sujets abordés. Il a aussi permis de me questionner sur mon futur de soignant et les raisons qui m'ont poussé à vouloir devenir infirmière. C'est un métier riche en expériences humaines mais qui demande un réel investissement professionnel mais aussi personnel. Je terminerai cet écrit par une citation de Louis Pasteur qui pour moi résume les raisons pour lesquelles j'ai voulu devenir infirmière et qui je l'espère perdureront jusqu'à la fin de mon expérience de soignante : « Guérir parfois, soulager souvent, écouter toujours ».

## 11 Bibliographie

- Bariéty, C. (2012). *Pédiatrie*. Consulté le 3 avril 2023, sur CNRTL: [https://www.cnrtl.fr/definition/pédiatrie](https://www.cnrtl.fr/definition/pediatrie)
- Bondu, N. (2020, Septembre 3). *L'art délicat du transfert de compétences*. Consulté le 4 Janvier 2023, sur APEC: <https://www.apec.fr/recruteur/accompagner-levolution-professionnelle/accompagner-levolution-pro/fiches-avis/lart-delicat-du-transfert-de-competences.html>
- Boterf, G. L. (1994). *De la compétence: Essai sur un attracteur étrange*. Editions d'Organisations.
- C., J. (2018, juillet 17). *5 qualités indispensables pour être une bonne infirmière*. Consulté le 25 mai 2023, sur La boutique des infirmières: <https://laboutiquedesinfirmieres.com/blogs/blog-des-infirmieres/5-qualites-indispensables-pour-etre-une-bonne-infirmiere>
- Christine Castello, M. B. (2018). Emotions des soignants en situation difficile. *Soins pédiatrie puériculture*, p. 40.
- Christophe, V. (1998). *Les émotions*. Presses universitaires du Septentrion.
- Conseil, D.-R. (2009, Janvier 27). *Diplôme d'Etat de puéricultrice Référentiel d'activités*. Consulté le 23 Décembre 2022, sur CHU Rennes: [https://www.ifchurennes.fr/wp/wp-content/uploads/2016/09/Référentiel-activites\\_puericultrices\\_.pdf](https://www.ifchurennes.fr/wp/wp-content/uploads/2016/09/Référentiel-activites_puericultrices_.pdf)
- Darwin, C. (2018). *L'expression des émotions chez l'homme et les animaux*. HardPress.
- DHOS/CG. (2009, Juin 3). *Diplôme d'Etat de puéricultrice Référentiel de compétences*. Consulté le 23 Décembre 2022, sur CHU Rennes: [https://www.ifchurennes.fr/wp/wp-content/uploads/2016/09/referentiel\\_competences\\_puericultrices\\_v10\\_0.pdf](https://www.ifchurennes.fr/wp/wp-content/uploads/2016/09/referentiel_competences_puericultrices_v10_0.pdf)
- Duverger., P. P. (s.d.). *Stades du développement psychoaffectif de l'enfant*. Consulté le 28 mars 2023, sur Service de pédopsychiatrie CHU Angers: <http://pedopsychiatrie-angers.fr/cours-fichiers/Stades%20du%20developpement%20psychoaffectif%20de%20l%20enfant.pdf>
- Ekman, P. (2007). *Emotions Revealed: Recognizing Faces and Feelings to Improve Communication and Emotional Life*. Holt McDougal.
- Européen, P. (1986, Mai 13). *Charte de l'enfant hospitalisé*. Consulté le 26 Novembre 2022, sur Hôpitaux universitaires de Marseille: <http://fr.ap-hm.fr/patients-public/informations-pratiques/hospitalisation/vivre-ensemble/droits-devoirs/charte-enfant-hospitalise>

- Européen, P. (2006, Septembre 26). *Le cadre européen des compétences clés*. Consulté le 13 Décembre 2022, sur <https://competencescles.eu/article/le-cadre-europeen-des-competences-cles>
- Formarier, M. (2012). *Les concepts en sciences infirmières*. Mallet Conseil.
- Freud, S. (2013). *Trois mécanismes de défense*. Payot.
- Galland, F. (2022, Octobre ). *Quel rôle, quelle place pour les parents lors des soins*. Consulté le 14 Janvier 2023, sur Sparadrap: <https://sparadrap.org/professionnels/la-presence-des-proches/quel-role-quelle-place-pour-les-parents-lors-des-soins>
- Gohin, M. (2017, Mars 30). *Le bien être émotionnel*. Consulté le 6 Octobre 2022, sur <http://psychologue-adultes-couples.com/le-bien-etre-emotionnel/>
- Henri Chabrol, S. C. (2018). *Mécanismes de défense et coping*. Dunod.
- James, W. (s.d.). *The Principles of Psychology* (Vol. 1). Dover Publications.
- Larousse. (s.d.). *Compétence*. Consulté le 13 Décembre 2022, sur Larousse: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/compétence/17648>
- Larousse. (s.d.). *Consentement*. Consulté le 23 Juin 2022, sur Larousse: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/consentement/18359>
- Larousse. (s.d.). *Emotion*. Consulté le 18 Septembre 2022, sur Larousse: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/émotion/28829>
- Larousse. (s.d.). *qualité*. Consulté le 24 mai 2023, sur Dictionnaire Larousse: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/qualité/65477>
- Larousse. (s.d.). *Relations*. Consulté le 12 Septembre 2022, sur Larousse: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/relations/67845>
- Larousse. (s.d.). *Savoir-faire*. Consulté le 4 Janvier 2023, sur Larousse: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/savoir-faire/71236>
- Larousse. (s.d.). *Transmission*. Consulté le 28 Décembre 2022, sur Larousse: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/transmission/79182>
- Laurent Combalbert, D. L. (2018). *Guide de survie du manager*. Dunod.
- Levêque, M. (1994). *Lettres à une jeune infirmière*. Balland.
- Lombart, B. (2016). *Les soins en pédiatrie - Faire face au refus de l'enfant*. Seli Arslan.
- Malabeuf, L. (1992, Octobre 1). Soins Formation Pédagogie Encadrement. *La relation soignant-soigné, 4*.
- Manoukian, A. (2008). *La relation soignant-soigné*. Lamarre.
- Mante, I. (s.d.). *Emotions et sentiments, faire la différence*. Consulté le 21 Septembre 2022, sur En route vers la sérénité: <https://enrouteverslaserenite.fr/emotions-et-sentiments/>

- Marc Dupont, C. R.-S. (2014). *L'enfant et l'adolescent à l'hôpital*. Presses de l'EHESP.
- Matilde, M. (2022, Décembre 20). *L'importance de l'apprentissage par l'expérience*. Consulté le 7 Janvier 2023, sur Etre parents: <https://etrepains.com/l-importance-de-l-apprentissage-par-l-experience/>
- Mercadier, C. (2012). *Le travail émotionnel des soignants à l'hôpital*. Seli Arslan.
- Mercadier, C. (2018, Janvier/Février). Le soignant et son rapport au corps malade. *La revue de référence infirmière*.
- Merieu, P. (2017). *Apprendre oui... mais comment*. ESF.
- Mikolajczak, M. (2014). *Les compétences émotionnelles*. Dunod.
- Oppenheim, D. (2011). *L'enfant très malade approché par ses dessins*. De L'olivier Eds.
- Pavlov, I. (2022). *Pavlov et le conditionnement classique*. Consulté le 23 Juin 2022, sur Nos pensées: <https://nospensees.fr/pavlov-et-le-conditionnement-classique/>
- Perrenoud, P. (2011). *Construire des compétences dès l'école*. ESF.
- Phaneuf, M. (2002). *Communication, entretien, relation d'aide et validation*. Gaetan Morin Cheneliere Education.
- Phaneuf, M. (2018, Mars 12). L'infirmière peut-elle ressentir des émotions particulières pour un patient ou une patiente ? p. 27.
- Potier, M. (2002). *Dictionnaire encyclopédique des soins infirmiers*. Lamarre Poinat.
- Romainville, M. (1998). Réformes: à ceux qui s'interrogent sur les compétences et leur évaluation. p. 7.
- Santé, H. A. (2016, Avril 21). *Communication et sécurité du patient*. Consulté le 17 Octobre 2022, sur Haute Autorité de Santé: [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_1660975/fr/communiquer-impliquer-le-patient](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1660975/fr/communiquer-impliquer-le-patient)
- Santé, H. A. (2017, Septembre 25). *Enjeux et spécificités de la prise en charge des enfants et des adolescents en établissement de santé*. Consulté le 27 Décembre 2022, sur Haute Autorité de Santé: [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_2795633/fr/enjeux-et-specificites-de-la-prise-en-charge-des-enfants-et-des-adolescents-en-etablissement-de-sante](https://www.has-sante.fr/jcms/c_2795633/fr/enjeux-et-specificites-de-la-prise-en-charge-des-enfants-et-des-adolescents-en-etablissement-de-sante)
- Schachtel, M. (1991). *J'ai voulu être infirmière*. Albin Michel.
- Sébastien Rouget, M. M. (2018). *Enfances et Psy Au travail avec les parents*. Eres.
- William James, C. L. (2014). *The Emotions* (Vol. 1). Read Books.

## **12 Table des annexes**

Annexe I : Guide d'entretien .....	I
Annexe II : Demande d'entretiens au Centre Hospitalier.....	II
Annexe III : Autorisation d'entretiens au Centre Hospitalier.....	III
Annexes IV : Retranscription de l'entretien 1 : Rose.....	IV
Annexe V : Retranscription de l'entretien 2 : Marguerite .....	VIII
Annexe VI : Retranscription de l'entretien 3 : Iris .....	XI
Annexe VII : Retranscription de l'entretien 4 : Capucine.....	XIII
Annexe VIII : Retranscription de l'entretien 5 : Violette.....	XV
Annexe IX : Retranscription de l'entretien 6 : Lilas .....	XIX
Annexe XIII : Grille d'analyse des entretiens .....	XXIII
Annexe XIV : Autorisation de diffusion .....	XXXVIII

## Annexe I : Guide d'entretien

Ci-joint le guide d'entretien réalisé afin de questionner les professionnels de santé :

- Présentez-vous, expliquez-moi votre parcours professionnel, date d'obtention du diplôme, expérience dans le service.
- Si vous avez le diplôme d'infirmière puéricultrice, depuis quand l'avez-vous ?

### Prise en charge d'un enfant

- Pensez-vous que la prise en charge d'un enfant est-elle différente de celle d'un adulte ? Si oui, en quoi ? Si non, pourquoi ?

### Compétences spécifiques

- Selon vous, nécessite-t-elle des compétences spécifiques ? Si oui, pourquoi ? Et lesquelles ? Si non, qu'apporte selon vous le diplôme de puéricultrice ?
- Pour les puéricultrices : Que vous a apporté votre diplôme de puéricultrice (compétences, savoir-faire...) ?

### Émotions du soignant

- Pensez-vous que le travail avec des enfants impacte vos émotions ? Si oui, en quoi ?
- Pensez-vous que vos émotions peuvent impacter votre travail ? Comment gérez-vous cela ?
- Racontez-moi une situation où la prise en charge d'un enfant a été particulièrement difficile. Quel impact cette situation a-t-elle eu sur vous ? Quels sont les moyens que vous avez mis en place ?

## Annexe II : Demande d'entretiens au Centre Hospitalier



**INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS**

Mme OUDART Elise à \_\_\_\_\_, Directrice des Soins  
Étudiante en soins infirmiers

elise.oudart@hotmail.com

, le 1<sup>er</sup> mars 2023

Madame, Monsieur,

J'ai l'honneur de solliciter de votre bienveillance l'autorisation de réaliser des entretiens dans les services suivants : Urgences pédiatriques et le service des Grands Enfants auprès d'infirmier(e)s et de puéricultrices ou puéricultrices dans le cadre de mon travail de fin d'études dont le thème est :

**La prise en charge d'un enfant nécessite-elle des compétences spécifiques et en quoi peut-elle impacter les émotions du soignant ?**

J'aimerais interroger 3 soignants par service, soit un(e) infirmier(e) puéricultrice, un(e) infirmier(e) jeune diplômé(e) et un(e) ayant de l'expérience.

Veuillez trouver ci-après le guide d'entretien qui a été validé par ma Directrice de Mémoire.

- Expliquez-moi votre parcours professionnel, date d'obtention du diplôme, expérience dans le service.
- Si vous avez le diplôme d'infirmière puéricultrice, depuis quand l'avez-vous ?

### Prise en charge d'un enfant

- Pensez-vous que la prise en charge d'un enfant est-elle différente de celle d'un adulte ? Si oui, en quoi ? Si non, pourquoi ?

### Compétences spécifiques

- Selon vous, nécessite-t-elle des compétences spécifiques ? Si oui, pourquoi ? Et lesquelles ? Si non, qu'apporte selon vous le diplôme de puéricultrice ?
- **Pour les puéricultrices** : Que vous a apporté votre diplôme de puéricultrice (compétences, savoir-faire...) ?

### Émotions du soignant

- Pensez-vous que le travail avec des enfants impacte vos émotions ? Si oui, en quoi ?
- Pensez-vous que vos émotions peuvent impacter votre travail ? Comment gérez-vous cela ?
- Racontez-moi une situation où la prise en charge d'un enfant a été particulièrement difficile. Quel impact cette situation a-t-elle eu sur vous ? Quels sont les moyens que vous avez mis en place ?

En vous remerciant, je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de ma respectueuse considération.

Établissement Régional de Formation des Professions Paramédicales - GIPES d'Avignon et du Pays de Vaucluse  
740 chemin des Meinajaries - 84907 AVIGNON Cedex 9 - Tel 04 32 40 37 05

Annexe III : Autorisation d'entretiens au Centre Hospitalier



CENTRE HOSPITALIER D'

DIRECTION DES SOINS  
(secrétariat)

, le 8 mars 2023

Le Directeur Coordonnateur Général des Soins

Madame Elise OUDART

Nos Réf. : KR/MP/23

Vos Réf. : votre courrier du 1er mars 2023

Objet : TFE

Madame,

J'accuse réception de votre demande dans laquelle vous sollicitez l'autorisation de réaliser des entretiens dans le cadre de votre travail de fin d'étude.

J'ai le plaisir de vous faire connaître que j'émet un avis favorable à cette démarche.

Je vous demanderai de bien vouloir prendre contact avec :

- Madame , cadre de santé des urgences pédiatriques au
- Madame , cadre de santé du secteur de Pédiatrie grands au

afin de définir les modalités de réalisation de l'enquête.

Je vous prie d'agréer Madame, l'expression de mes salutations distinguées.

LE DIRECTEUR COORDONNATEUR GENERAL DES SOINS

CENTRE HOSPITALIER D'ANGOULÊME

Directeur Coordonnateur Général des Soins

#### Annexes IV : Retranscription de l'entretien 1 : Rose

1 E : Est-ce que tu peux te présenter, m'expliquer ton parcours professionnel, quand est-ce que  
2 tu as eu ton diplôme et depuis quand tu es dans le service ?

3  
4 R : Ok, alors du coup je suis diplômée infirmière depuis 2020, depuis juillet 2020, j'ai  
5 enchaîné avec l'école de puéricultrice, j'ai été diplômée puéricultrice en 2021. Du coup j'ai  
6 pas travaillé très longtemps juste en temps qu'infirmière dans des services adultes, donc j'ai  
7 travaillé en étant diplômée jusqu'à l'entrée de l'école de puéricultrice puisque l'entrée en  
8 école de puéricultrice se fait en octobre donc juillet août septembre j'ai travaillé dans une  
9 maison de retraite donc rien à voir avec les enfants et pendant mon années de puéricultrice j'ai  
10 continué à faire de l'intérim et la par contre j'ai fait beaucoup d'oncologie médicale chez les  
11 adultes, aussi de la maternité puisqu'ils savaient que j'étais à l'école de puéricultrice donc ils  
12 m'ont envoyé dans des services qui pouvaient être en lien. Du coup, une fois que j'ai été  
13 diplômée en octobre 2021 j'ai commencé à travailler à l'hôpital d'Avignon d'abord à la  
14 maternité pendant un an et demi à peu près et ensuite en pédiatrie. Donc du coup je suis là  
15 depuis mi-fin janvier.

16  
17 E : Ok d'accord donc c'est tout récent

18  
19 R : Voilà, c'est pas très vieux effectivement parce que moi à la base il faut savoir que j'aime  
20 beaucoup le soin, l'acte de soin en lui même et donc du coup c'est vrai qu'à la maternité  
21 t'imagines bien qu'à la maternité il n'y en a pas des masses parce que ce sont des enfants qui  
22 vont bien. C'était une très bonne expérience quand même, je me suis régalée la bas et je pense  
23 que c'est un service ou même s'il y a pas beaucoup d'actes de soins, le fait d'avoir le diplôme  
24 de puéricultrice, franchement il est hyper important. Mais j'ai toujours voulu venir en  
25 pédiatrie parce qu'il y a des pathologies qui me sont plus..., fin après ça c'est très personnel  
26 mais les deux services sont très bien. Voilà, je crois que j'ai répondu à toutes tes questions.

27  
28 E : Oui, très bien, du coup sur la prise en charge des enfants, est ce que tu penses que la prise  
29 en charge d'un enfant est différente de celle d'un adulte ? Si oui, en quoi ?

30  
31 R : Ah oui bien sur, moi je la trouve totalement différente dans le sens où un soin ca va être  
32 un soin, l'acte technique va être le même, faire une prise de sang ca va être la même ca c'est  
33 sur hein, on sait tous faire une prise de sang fin normalement (rire), on sait tous poser un  
34 cathéter mais c'est juste qu'il y a beaucoup plus de dimensions à prendre en charge chez  
35 l'enfant puisque chez un adulte une fois qu'il est développé alors oui il a ses peurs, oui faut  
36 présenter et appréhender le soin ca c'est sur mais chez un enfant déjà en fonction de son âge  
37 et de son développement ca va pas du tout être la même chose. un nouveau-né comme tu dois  
38 le voir en néonate même un préma ou même un enfant de 14-15 ans ou même de 8 ans c'est  
39 pas du tout la même chose parce qu'ils sont pas au même stade de développement, ils ont pas  
40 les mêmes besoins et on aura pas du tout la même manière d'aborder le soin. Voilà.

41  
42 E : Donc selon toi, est ce que la prise en charge d'un enfant nécessite des compétences  
43 spécifiques ? Si oui, pourquoi ? Et lesquelles ?

44

45 R : Alors bah du coup oui je pense que j'ai répondu un petit peu à moitié à la question, donc  
46 oui ça demande. Moi par exemple je ne me serai pas du tout vue commencer après l'école  
47 d'infirmière parce que on a trop peu d'apports sur les enfants.  
48 E : Ah oui de toute façon on a aucun cours  
49  
50 R : C'est à dire que, après on est curieux on peut très bien se renseigner ect mais je trouve qu'  
51 il y a des éléments qui nous manquent donc c'est sur que les différentes étapes du  
52 développement comme je t'expliquais c'est super important, les différentes techniques pour la  
53 douleur par exemple, c'est à dire que c'est vrai que chez les adultes même si par exemple ca  
54 existe le méopa, on l'utilise que très peu t'as du le voir dans tes stages.  
55  
56 E : Oui c'est clair !  
57  
58 R : Alors qu'ici on va toujours essayer de passer par quelque chose de différent, par de la  
59 distraction, par du méopa bien sur, on va beaucoup plus utiliser l'EMLA, on va beaucoup plus  
60 parler aux enfants, on va se servir des parents donc je trouve que la triade est beaucoup plus  
61 importante. Chez un adulte, on ne va pas ne pas se préoccuper parce que c'est pas vrai mais  
62 on va moins prendre en compte l'entourage dans une prise en charge sauf si c'est chez un  
63 jeune de 16-17 ans c'est sûr mais c'est encore des ados. Après les compétences elles sont  
64 difficile à citer en elles-mêmes mais voilà je trouve que c'est des apports qui manquent et qui  
65 permettent d'ajuster sa prise en charge. Voilà c'est difficile à expliquer mais, je ne peux pas te  
66 citer les compétences.  
67  
68 E : Du coup, pour toi le diplôme de puéricultrice t'a vraiment aidé ?  
69  
70 R : Oui pour moi il m'a aidé puisque tu vois comme je t'ai dis tout le développement et ça je  
71 trouve que c'est hyper important, je trouve que tu vois beaucoup plus de choses et tu vas  
72 apprendre à déceler quelques petites choses que même si t'es une bonne infirmière et que tu  
73 peux être une bonne infirmière en pédiatrie ca y'a pas de souci. Je trouve que ça t'apporte des  
74 choses. Je veux dire moi c'est sur j'ai enchaîné mais des amis qui ont fait 7 ans ici en tant  
75 qu'infirmière pourront te dire la même chose alors qu'elles ont passé le diplôme de  
76 puéricultrice en même temps que moi.  
77  
78 E : D'accord. Qu'est ce que t'as apporté le diplôme de puéricultrice, tu m'as répondu.  
79  
80 R : Beaucoup de choses  
81  
82 E : Penses-tu que le travail avec les enfants impacte tes émotions ? Et si oui, en quoi ?  
83  
84 R : Euh... je sais pas. C'est compliqué  
85  
86 E : Ça dépend peut-être ?  
87  
88 R : Je pense que ça impacte tes émotions puisque forcément quand on est chez un enfant et  
89 qu'on est confronté à, c'est pas une grippe ok, un asthme ok mais quand on est confronté à  
90 des choses qui ne sont pas censées arriver à des enfants, je pense que dans ce cas là ca peut  
91 t'impacter. Après je pense qu'on travaille dessus. Moi par exemple j'ai toujours aimé  
92 l'oncologie, alors c'est sur que c'est pas pareil de voir des enfants qui ont besoin de ce type de

93 soins, on se sent toujours peut être un peu plus injuste de la chose mais après je pense qu'on  
94 les prend en charge de la même manière, on essaie de se... oh c'est difficile... Je pense qu'on  
95 arrive à prendre de la distance quand même. C'est vrai qu'après là où c'est plus différent  
96 comme je l'ai dit c'est qu'il y a les parents donc forcément, des parents qui sont dans un état  
97 de détresse comme tu peux le voir sur des enfants en fin de vie ça va pas du tout être le même  
98 impact je pense que une personne qui voit son père ou sa mère qui est beaucoup plus âgé.  
99 C'est sûr que perdre une personne de 90 ans c'est triste, bien sûr je ne suis pas sans cœur non  
100 plus... C'est plutôt la suite logique alors que perdre un enfant d'une dizaine d'années je pense  
101 que c'est pas la suite logique pour un parent et donc je pense que c'est là où c'est le plus  
102 difficile, c'est de voir les émotions qu'il y a tout autour. Après on s'en sort plutôt bien et moi  
103 j'ai jamais eu de difficultés avec ça.

104

105 E : D'accord, du coup est ce que tu penses que tes émotions peuvent impacter ton travail ? Et  
106 si oui, comment tu gères ça ?

107

108 R : Je pense que oui, j'ai eu le cas d'ailleurs quand je travaillais à la maternité. J'avais une  
109 jeune maman qui venait d'accoucher et qui devait aller en prison parce qu'elle avait fait des  
110 viols sur mineurs. Et puis finalement, on lui a dit "ah bah non vous gardez votre enfant il va  
111 pas partir". C'est sûr que sur le coup, tu te dis que c'est un peu limite mais ça c'est le côté  
112 humain je pense qu'il y a beaucoup de personnes qui auraient pensé ça. Je ne suis pas une  
113 mauvaise personne que d'avoir pensé ça. par contre, j'ai essayé de me mettre en tête que c'est  
114 pour l'enfant que je fais les soins donc je ne pense pas que la maman ait ressenti quoi que ce  
115 soit, je sais qu'il y a eu des collègues qui ont eu beaucoup plus de mal que moi et que c'est la  
116 majorité de personnes mais c'est sûr que ça peut arriver. Mais je pense que de manière  
117 générale si on s'en rend compte il y a moyen de passer au-delà. Mais des fois c'est humain de  
118 ne pas s'en rendre compte et est ce que ça m'est déjà arrivé par contre ? Bah ça je ne peux pas  
119 te le dire.

120

121 E : Est ce que tu pourrais me raconter une situation où la prise en charge d'un enfant a été  
122 particulièrement difficile. Quel est l'impact que ça a eu sur toi ? Et qu'est ce que tu as mis en  
123 place pour pallier à ça ?

124

125 R : Tu veux dire émotionnellement si moi ça m'a touchée ? Franchement c'est difficile il y a  
126 aucune situation qui me vient en tête, des situations difficiles il y en a eu, après est-ce que j'ai  
127 eu vraiment du mal à passer au dessus ? Ca je pense pas. Je réfléchis. Peut être une où je  
128 pense que c'est, ça m'a fait beaucoup de remettre en question, par forcément moi mais de  
129 manière générale. Une nuit que j'ai fait aux urgences ici, on accueille une jeune  
130 encéphalopathe, donc quelqu'un qui a du handicap, une petite qui n'est vraiment pas bien avec  
131 sa maman. Donc elle vient, on la prend en charge, c'est très très long, on voit qu'elle désature,  
132 on la met sous Optiflow, on augmente, on augmente, on augmente. Elle est restée quand  
133 même un moment aux urgences, plusieurs heures, peut-être 4 ou 5 heures avec nous aux  
134 urgences avant de descendre en service. Le problème c'est qu'on voyait que cette petite fille  
135 n'était pas bien, qui était en fin de vie. On le voyait, elle désaturait, elle commençait à  
136 s'engager, elle faisait de plus en plus de crises d'épilepsie. On montait l'Optiflow, elle  
137 désaturait quand même, fin il y a pleins de signes qui montraient que cette petite fille était pas  
138 bien. Et bon je pense que tout le monde a été un peu démuni peut être parce que justement  
139 c'est ce que je disais c'est peut-être ce genre de situations qu'on ne sait pas prendre si on est  
140 pas formés. Elle est descendue en service sans avoir de quoi soulager tout ce qu'il fallait, elle

141 n'avait pas d'Hypnovel par exemple, elle n'avait pas de morphine elle avait toujours ce saturo  
142 qui sonnait en permanence puisqu'elle était en train de désaturer et donc du coup la c'est vrai  
143 que t'as une maman qui est en détresse et c'est pas que j'ai eu du mal à la prendre en charge,  
144 je l'ai prise en charge ect mais c'est que tu te sens un peu révoltée parce que tu te dis "mais  
145 merde pourquoi on fait rien de plus en fait ?", je ne comprends pas pourquoi en soins palliatifs  
146 chez les adultes ou en oncologie chez les adultes ou même en réanimation néonatale on arrive  
147 à faire des fins de vie qui peuvent être plutôt dignes alors pourquoi là on galère à faire ce  
148 genre de choses. Alors oui c'est pas forcément de mon ressort d'infirmière même si c'est nous  
149 qui sommes là quand même avec le médecin. Donc voilà ça été là ou plus émotionnellement  
150 ça m'a touché, je me sentais impuissante pas par rapport à la maman parce que je pense avoir  
151 fait mon possible pour rassurer la maman. D'ailleurs la maman après le décès parce que cette  
152 petite fille a fini par décéder dans la nuit, elle a dit qu'elle avait été super contente de la prise  
153 en charge qu'elle avait eu ici mais nous en tant que soignant, on trouvait que c'était pas  
154 normal, on était là "mais pourquoi on fait rien de plus ?". Ca c'est peut être une situation qui  
155 n'a pas touché que moi, d'autres collègues en ont parlé en STAFF.

156

157 E : J'ai terminé, merci beaucoup d'avoir pris le temps de répondre à toutes mes questions.

## Annexe V : Retranscription de l'entretien 2 : Marguerite

- 1 E : Est-ce que tu peux te présenter, m'expliquer ton parcours professionnel, depuis quand tu  
2 as ton diplôme et ton expérience dans le service.  
3
- 4 M : Alors je m'appelle Marguerite, ça fait un peu plus de 11 ans que je suis infirmière, j'ai été  
5 diplômée en 2011, je suis le dernier programme avec les MSP, j'ai d'abord fait 6 mois de long  
6 séjours, après j'ai fait 2 ans de transplantation cardiaque soins intensifs cardio tout ça chez les  
7 adultes. J'ai fait le SMA ici à Avignon pendant 3 ans et demi et ça fait 5 ans que je suis de  
8 nuit aux urgences pédiatriques en tant qu'infirmière.  
9
- 10 E : D'accord. Sur la prise en charge des enfants, est-ce que tu penses qu'elle est différente de  
11 celle d'un adulte ? Si oui, en quoi ? Et si non, pourquoi ?  
12
- 13 M : Ah oui, je pense que c'est complètement différent déjà de part la communication que tu  
14 peux ou ne peux pas avoir avec un enfant. Parce que si tu t'occupes d'un bébé, il n'y a pas de  
15 communication possible, même les tous petits enfants il ne s'expriment pas aussi clairement  
16 que les adultes. Tu as les parents à gérer, donc il faut gagner une confiance qui est bien plus  
17 difficile à avoir je trouve qu'avec un adulte avec qui tu peux communiquer, expliquer  
18 vraiment les choses et qui a un passé. L'adulte il a un passé tu lui expliques que tu vas lui  
19 faire une prise de sang, c'est pas grave pour un adulte. Un enfant ça peut prendre des  
20 proportions de ouf parce que c'est l'inconnu, parce que c'est tout un monde qu'il découvre,  
21 qu'il ne connaît pas, il y a le stress et il n'a pas le recul nécessaire pour comprendre tout ça.  
22 Les ados c'est peut être un peu plus facile parce qu'il y a ce recul qui est possible. Donc oui je  
23 trouve que ça n'a rien à voir.  
24
- 25 E : D'accord. Est ce que pour toi elle nécessite des compétences spécifiques ? Si oui,  
26 pourquoi et lesquelles ?  
27
- 28 M : Alors par exemple par rapport à l'école de puéricultrice ? Alors moi je vais te dire, moi ça  
29 fait 5 ans que je suis ici en tant qu'infirmière et que je m'en sors bien, après j'ai passé le  
30 concours il y a 2-3 ans, j'avais été reçue sur liste principale à Nîmes et l'hôpital ne m'a pas  
31 financé. Après j'ai choisi de passer le concours plus pour avoir mon étiquette de puéricultrice  
32 et être certaine de ne pas retourner chez les adultes, c'était surtout ça. Je pense que l'école  
33 t'apporte des choses plus précises, notamment moi je vois mes lacunes vont être sur tout ce  
34 qui est allaitement, des choses comme ça parce que j'ai pas forcément vu et même si mes  
35 collègues m'ont un peu appris, formé et que maintenant j'arrive un peu à prendre en charge  
36 certaines mamans qui viennent mais c'est pas ma tasse de thé. Je sais qu'il y a un gros point à  
37 l'école de puéricultrice sur l'allaitement. Après oui il y a des bases je pense que je n'ai pas,  
38 tout ce qui est le développement psychomoteur, des choses comme ça, je l'ai lu dans les  
39 livres. Après ça ne m'empêche pas dans ma prise en charge d'être compétente, je ne me sens  
40 pas en difficulté et je ne me suis jamais sentie en difficulté.  
41
- 42 E : Donc du coup tu penses que les compétences propres à l'enfant tu as pu les apprendre sur  
43 le tas ?  
44
- 45 M : Oui je pense que tu peux complètement les apprendre sur le tas. On a des infirmières ici,

46 ça fait 17 ans qu'elles sont infirmières en pédiatrie, elles n'ont jamais eu le diplôme et elles  
47 sont tout autant voir plus compétentes. Rien ne vaut l'expérience et de faire, après, demain  
48 j'ai à nouveau l'opportunité de passer le concours, je le ferai mais pas tant pour mes  
49 compétences, plus pour avoir mon étiquette de puéricultrice et ne plus retourner chez les  
50 adultes.

51 E : Est ce que tu penses que le travail avec les enfants peut impacter tes émotions ?

52

53 M : Oui, d'autant plus depuis que je suis maman. J'ai fait, ma petite a 2 ans et demi, j'ai fait la  
54 moitié du service en étant pas maman, la moitié en étant maman et j'ai vu la différence. Déjà  
55 ça me touchait sans être maman parce que l'empathie tout ça mais émotionnellement je suis  
56 vachement plus impactée depuis que je suis maman parce que je ne peux pas lutter contre le  
57 fait de me projeter si c'était la mienne. Donc oui les émotions sont là, après bah avec les  
58 parents ou dans la situation même tu les contrôle fin moi je sais que je les contrôle mais j'ai  
59 des contre coups qui sont beaucoup plus violents que quand j'étais avant chez les adultes.

60

61 E : D'accord. Est-ce que tu penses qu'elles peuvent impacter ton travail ? Et si oui, comment  
62 tu gères ça ?

63

64 M : Ca dépend, moi par exemple les moments où émotionnellement je vais être impactée c'est  
65 par exemple les situations un peu de psy où les gamins sont agressifs, violents ou tendus, je  
66 sais que moi je vais monter en pression par exemple. Emotionnellement je vais avoir du mal  
67 au bout d'un moment à gérer le truc ou quand je sais que j'ai un gamin qui a été maltraité ou  
68 soit battu ou sexuellement, là j'ai vachement du mal aussi. Après bah tu prends sur toi, mais il  
69 y a des fois, je sais où il y a eu des fois où j'ai perdu mon sang froid, j'ai monté le ton auprès  
70 d'un gamin qui me criait dessus ou qui m'insultait. Là, tu passes le relais.

71

72 E : Ok donc ça c'est le moyen qui fait que... ?

73

74 M : Oui tu passes le relais, tu vas prendre l'air, le mieux c'est de passer le relais. Quand t'en  
75 arrives à t'énerver c'est que..., déjà t'arriveras à rien avec le petit, passer le relais, et il y a des  
76 jours où ça se passe bien parce que toi même ça va à peu près, il y a tellement de facteurs  
77 mais moi en général je passe le relais.

78

79 E : Est ce que tu as une situation particulière où la prise en charge d'un enfant a été  
80 particulièrement difficile et quel impact ça a eu sur toi ? Et qu'est ce que tu as mis en place  
81 pour pallier à ça ?

82

83 M : Binnn, peut-être que Mel t'a parlé de cette situation, je sais pas ou elle t'a peut-être parlé  
84 de Noah. Moi la dernière situation qui a été très compliquée c'est une petite fille de pas tout à  
85 fait 4 ans et que j'ai pris un matin des bras du papa, elle était en arrêt cardio-respi. On a  
86 réanimé pendant deux heures, elle est décédée quand même. Ca a été très violent, déjà parce  
87 que ça a duré, parce que j'étais en fin de nuit c'était à 7 heures du matin, parce que forcément  
88 je me projette sur ma fille. Elle allait bien le soir et le matin elle était plus là. Il n'y a pas  
89 grand chose à..., discuter avec tes collègues, on en a parlé pendant plusieurs jours, c'était un  
90 peu en boucle tu vois mais crever les abcès, discuter que ce soit avec les médecins, j'étais  
91 avec le médecin, pas Thierry l'autre Maxime, bah on s'est appelé pour en parler. Il ne faut pas  
92 garder pour toi, après ça fait partie du métier malheureusement mais quand c'est un enfant  
93 c'est dur, plus dur que quand c'est un adulte. Mais il n'y a pas trop de techniques...

94

95 E : Oui, la discussion

96

97 M : Faut pas garder pour toi, moi j'ai eu besoin de voir ma fille, de la serrer fort dans mes  
98 bras, mais sinon pas trop de techniques. Si vraiment ça ne va pas, voir le psy, mais en général  
99 discuter avec tes collègues ça suffit. Tu te fais une carapace au bout d'un moment malgré tout.

100

101 E : Bon bah voilà j'ai terminé, merci beaucoup d'avoir pris le temps de répondre à mes  
102 questions

103

104 M : Bah de rien !

## Annexe VI : Retranscription de l'entretien 3 : Iris

- 1 E : Alors, est ce que tu peux te présenter, m'expliquer ton parcours professionnel, depuis  
2 quand tu as ton diplôme, et ton expérience dans le service.  
3
- 4 I : Alors je m'appelle Iris, j'ai été diplômée en 2005, je suis dans le service depuis janvier  
5 2006, je suis infirmière, je n'ai pas le diplôme de puéricultrice. Quand j'ai été diplômée j'ai  
6 été un mois chez les adultes et après j'avais le projet puéricultrice donc il y avait un poste de  
7 nuit qui s'est libéré donc j'ai pris le poste de nuit en janvier et j'y suis restée pendant 17 ans,  
8 17 ans de nuit et là je suis passée de jour en janvier.  
9
- 10 E : Pour la prise en charge des enfants, est ce que tu penses qu'elle est différente de celle d'un  
11 adulte ? Si oui, en quoi ? Et si non, pourquoi ?  
12
- 13 I : Bah oui forcément elle est différente d'un adulte, l'approche n'est pas la même, l'enfant  
14 c'est toujours différent, on aborde le soin différemment, pas de la même façon qu'un adulte  
15 parce que des fois ils vont être réticents. On est plus dans le..., comment on peut dire, on est  
16 plus maternante, fin pour moi dans le soin qu'avec un adulte forcément. Euh, qu'est ce que je  
17 peux te dire d'autre...oui on aborde différemment, on approche pas un enfant comme on  
18 approcherait un adulte, déjà il y a souvent le tutoiement. Oui c'est plus le côté maternant,  
19 cocooning que je ne vais pas avoir chez les adultes.  
20
- 21 E : Est ce que pour toi elle nécessite des compétences spécifiques ? Si oui, pourquoi ? Et  
22 lesquelles ?  
23
- 24 I : Qu'est ce que tu entends par les compétences ?  
25
- 26 E : Bah alors, si non qu'apporte selon toi le diplôme de puéricultrice ? Est-ce que tu penses  
27 qu'il faut le diplôme de puéricultrice pour travailler avec les enfants ?  
28
- 29 I : Bon bah du coup non, après ça ça s'apprend sur le tas, après on fait de la pédiatrie à l'école  
30 d'infirmière, je ne sais pas où ca en est maintenant.  
31
- 32 E : Alors, nous pas du tout  
33
- 34 I : Donc moi oui j'ai fait de la pédiatrie quand même, sur mon diplôme à moi on avait un  
35 module de pédiatrie, donc on a autant de la médecine que de la chirurgie, donc après voilà ca  
36 ca m'a apporté, après bon on apprend sur le tas quand même, au fil des années, de ce qu'on  
37 rencontre. Maintenant c'est vrai que j'ai pas fait l'école de puéricultrice donc je ne sais pas ce  
38 qu'ils apprennent de plus comparé à ce que j'ai pu avoir mais d'après les expériences des  
39 collègues ils vont plus apprendre sur le secteur social, sur le travail en PMI, sur le travail en  
40 crèche, mais après au niveau médical je pense que j'ai eu quand même un bon enseignement à  
41 l'IFSI.  
42
- 43 E : Donc tu penses qu'il faut des compétences mais qu'on peut les apprendre sur le tas ?  
44
- 45 I : Oui je pense !

46 E : Concernant les émotions, est-ce que tu penses que le travail avec les enfants peut impacter  
47 tes émotions ? Si oui, en quoi ?

48

49 I : Oui parce que..., en plus je suis maman donc c'est vrai que parfois on se projette un peu  
50 comme si c'était les nôtres mais moi j'ai plus tendance à avoir de la peine parce que c'est un  
51 enfant à qui on va découvrir une leucémie ou quelque chose de pas très bon, ou un décès,  
52 quand on est confronté au décès de l'enfant oui c'est sur que c'est pas...

53

54 E : Est ce que tu penses du coup que tes émotions peuvent impacter ton travail ? Et si oui,  
55 comment tu peux gérer ça ?

56

57 I : Non parce que j'arrive à prendre sur moi et aussi des fois j'arrive à m'en détacher, ça ne  
58 m'a jamais empêché de travailler, de faire mon soin, non ça va. J'arrive à gérer mes émotions  
59 pour ne pas que ça impacte sur mon travail.

60

61 E : Est ce que tu pourrais me raconter une situation où la prise en charge d'un enfant a été  
62 particulièrement difficile. Quel est l'impact que ça a eu sur toi ? Et qu'est ce que tu as mis en  
63 place pour pouvoir gérer la situation ?

64

65 I : Je vais te parler de quoi ? Quand on a eu un décès, parce que c'est le plus dur. Bah oui c'est  
66 compliqué quand on a des enfants qui sont en fin de vie, quand on ne sait pas quand est ce  
67 qu'ils vont décéder. Qu'est ce qu'on met en place ? On se soutient pas mal entre équipes, à  
68 discuter, à en parler, on peut avoir les psychologues qui sont à notre disposition si jamais on  
69 en a besoin. Oui, les situations où par exemple on avait un enfant, il y a très très longtemps  
70 qui était là pour des tumeurs et les médecins nous avaient dit qu'il risquait qu'il fasse une  
71 énorme hémorragie donc on était toujours sur le quivive, on avait de l'Exacyl de prêt à  
72 disposition dans une salle à côté. Là on était pas mal stressées toutes oui. Qu'est ce qu'on met  
73 en place ? Bah tu viens travailler en te disant "pourvu que ça soit pas sur moi que ça tombe",  
74 c'est con mais c'est un peu ça quoi.

75

76 E : Ok, donc la discussion avec l'équipe, l'entraide

77

78 I : Oui, on se soutient beaucoup entre nous, ça va aussi passer des fois par des moments de  
79 rigolade aussi pour essayer d'évacuer notre stress. Voilà

80

81 E : Voilà, j'ai terminé, merci beaucoup d'avoir répondu à mes questions.

## Annexe VII : Retranscription de l'entretien 4 : Capucine

- 1 E : Est-ce que tu peux te présenter, expliquer ton parcours professionnel, depuis quand tu es  
2 diplômée et ton expérience dans le service.  
3
- 4 C : Donc je suis Capucine, infirmière depuis 2018 donc ça ne fait pas très longtemps. En fait  
5 mon parcours professionnel est un peu complexe puisque j'ai d'abord été ASH, ensuite AP et  
6 de 2015 à 2018 j'ai fait mon école d'infirmière et du coup diplômée depuis 2018.  
7
- 8 E : Du coup, depuis quand tu es dans le service ?  
9
- 10 C : Depuis 2019 ou 2020 je sais plus  
11
- 12 E : D'accord. Concernant la prise en charge des enfants, est ce que tu penses qu'elle est  
13 différente de celle d'un adulte ? Si oui, en quoi ?  
14
- 15 C : Oui chez un enfant c'est plus complexe parce que déjà il faut prendre beaucoup plus de  
16 temps, lui expliquer les choses et souvent il y a les parents donc c'est pas que l'enfant c'est  
17 aussi le parent qui est avec donc on a deux personnes à prendre en charge, à gérer alors que  
18 l'adulte on lui explique à lui, on fait l'acte et c'est bon. Un enfant, il faut expliquer le geste,  
19 c'est pas forcément facile selon ce qu'on va faire, pour gérer la douleur, il faut préparer  
20 l'enfant. Fin je dis pas que chez l'adulte on gère moins la douleur mais il faut bien penser à  
21 poser les patchs EMLA si on veut faire une prise de sang, si on veut poser un cathéter. Chez,  
22 l'adulte, on pose pas forcément de patch EMLA. On a d'autres moyens de pouvoir gérer la  
23 douleur mais c'est surtout la difficulté c'est la douleur chez l'enfant et la prise en charge de  
24 ses soins.  
25
- 26 E : Est ce que pour toi la prise en charge nécessite des compétences spécifiques ? Si oui,  
27 lesquelles ? Et pourquoi ?  
28
- 29 C : La patience je pense, mais bon ça chez l'adulte aussi, le calme et puis savoir gérer aussi  
30 ses émotions face à l'enfant parce que c'est pas facile. On dit qu'un enfant c'est une éponge  
31 donc il faut pouvoir maîtriser un petit peu ses émotions.  
32
- 33 E : Est ce que tu penses que le travail avec les enfants peut impacter tes émotions ? Si oui, en  
34 quoi ?  
35
- 36 C : Oui, ça peut impacter parce que déjà de voir un enfant souffrir c'est pas facile, il faut  
37 essayer un petit peu de se détacher de l'impact de cette douleur sur nous, du coup c'est pas  
38 facile à être efficace en ayant l'enfant qui pleure ou l'enfant qui est pas bien, mais bon petit à  
39 petit avec l'expérience on arrive à gérer ça.  
40
- 41 E : Est ce que tu penses que tes émotions peuvent impacter ton travail ? Et si oui, comment tu  
42 peux gérer ça ?  
43
- 44 C : Je pense que oui ça peut impacter, après je peux pas dire qu'on y arrive tout le temps mais  
45 on fait en sorte que et puis si on se sent pas parce que ça peut arriver, on passe la main. On a

46 la chance d'être dans une structure où on est au moins 2 donc si dès le départ on se sent pas, il  
47 faut savoir passer la main et demander à sa collègue d'y aller. Il faut pouvoir le faire à temps  
48 et de pas y aller parce qu' après il faut tenir sur le temps.

49

50 E : Et est ce que tu pourrais me raconter une situation où la prise en charge d'un enfant a été  
51 particulièrement difficile ? Quel impact ça a eu sur toi ? Et qu'est ce que tu as mis en place  
52 pour gérer la situation ?

53 C : Alors, c'est marrant parce que l'impact de la situation c'est quand j'étais AP et pas  
54 infirmière. C'est un peu particulier. C'était le soin d'une petite qui avait une brûlure, du coup  
55 un soin hyper douloureux et là où c'était placé on ne pouvait pas mettre de Méopa donc je me  
56 suis sentie mal. Ca va que j'étais AP et pas infirmière mais je me suis retirée du soin parce  
57 que c'était trop douloureux pour moi alors c'est vrai qu'on dit que ça a des impacts sur nous  
58 aussi donc peut être que c'était un moment où j'étais plus sensible. Voilà la douleur toujours,  
59 on en revient à la même chose. Si on arrive à gérer la douleur malheureusement il n'y a pas de  
60 miracle, on a des moyens mais c'est insuffisant, c'est pas encore ça.

61

62 E : Et du coup qu'est ce que tu as pu mettre en place ?

63

64 C : Bah en fait, on a des formations, on a la chance et puis bon je sais que maintenant ca c'est  
65 des choses que j'aurai peut être du mal mais bon on peut pas savoir c'est pas pour autant que  
66 je ne vais pas faire des soins. Bon c'est vrai que la nuit on a moins de soins techniques. Ca on  
67 le voit sur le moment, gérer la douleur, essayer d'anticiper pour pas avoir à affronter parce  
68 que sur ce soit là entre autre je pense qu'on avait pas assez anticipé l'effet de la douleur parce  
69 que des fois il faut faire les choses rapidement et ça ça nous frustre des fois de ne pas avoir eu  
70 le temps de mettre en place certaines choses, il faut essayer de se battre pour pouvoir, c'est  
71 pas parce qu'il faut faire l'acte là. Il faut essayer avec les chirurgiens, ce qui n'est pas toujours  
72 facile d'avoir la prescription et pouvoir mettre en place les antalgiques pour pouvoir faire le  
73 soin dans de bonnes conditions et pour l'enfant et pour nous.

74

75 E : Et du coup, au niveau de toi, qu'est ce que tu as pu mettre en place dans cette situation qui  
76 a pu être compliquée pour pouvoir pallier à ça ?

77

78 C : Personnellement ? Je suis sortie de la salle, je pouvais le faire parce que j'étais AP à  
79 l'époque donc je n'avais pas à réaliser le soin mais c'est vrai que je me dis que c'est difficile  
80 de savoir ce qu'on peut faire si ca se reproduit et que c'est moi l'infirmière qui doit faire  
81 l'acte. Après pareil je pense qu'il faut passer la main, même si en tant qu'infirmière ça se  
82 reproduit, bah je sors. On peut pas se blinder, voilà, on ne peut pas se blinder  
83 malheureusement, je ne peux pas dire que ca ne m'arrivera jamais, c'est pas vrai.

84

85 E : Voilà j'ai terminé, merci d'avoir répondu à mes questions.

## Annexe VIII : Retranscription de l'entretien 5 : Violette

- 1 E : Est ce que du coup tu peux te présenter, m'expliquer ton parcours professionnel, ta date  
2 d'obtention du diplôme et ton expérience dans le service ?  
3
- 4 V : Alors du coup je m'appelle Violette, je suis diplômée infirmière depuis 2020 et diplômée  
5 puéricultrice depuis 2021. Mon parcours du coup, bah quand j'ai été diplômée puéricultrice en  
6 2021 j'ai commencé par de la pédiatrie petits, nourrissons de nuit pendant 1 an et là après j'ai  
7 enchainé sur les urgences pédiatriques de nuit, ça fait 6 mois.  
8
- 9 E : Pour la prise en charge des enfants, est ce que tu penses qu'elle est différente de celle d'un  
10 adulte ? Si oui, en quoi ? Si non, pourquoi ?  
11
- 12 V : Oui la prise en charge d'un enfant est différente de la prise en charge d'un adulte, pour  
13 plusieurs choses. Déjà, un enfant c'est pas un adulte, il ne comprend pas forcément ce qu'il se  
14 passe, pourquoi il est là. On ne peut pas communiquer avec eux, il y a les parents aussi à  
15 prendre en compte, donc c'est complètement différent de prendre en charge un enfant. Un  
16 enfant ne va pas venir vous expliquer, oui j'ai mal ici depuis tant de temps donc on se fit  
17 beaucoup aux discours des parents, donc on est obligés de travailler avec les parents et  
18 l'entourage si c'est pas les parents, les tuteurs légaux. Dans les soins pareil, bah c'est difficile  
19 d'expliquer selon l'âge ils ne comprennent pas les soins qu'on va faire, donc il faut prendre le  
20 temps, c'est beaucoup de négociation. Tout est différent parce que ne serait-ce que prendre  
21 une tension chez un enfant, ça ne va pas du tout être comme chez un adulte, il faut la prendre  
22 plusieurs fois parce qu'il bouge, parce qu'il enlève le brassard. Donner un sirop, bah là je  
23 viens d'avoir le cas, il faut négocier, il faut prendre le temps. C'est complètement différent de  
24 prendre en charge un enfant, c'est plus de temps, c'est pas comme l'adulte où c'est assez  
25 rapide en terme de temps, il faut prendre le temps avec un enfant, on ne peut pas se permettre  
26 de réaliser les choses vite parce que si on fait les choses vite ça va pas marcher donc on est  
27 obligés de prendre le temps ne serait ce que pour une tension, on prend le temps, on explique  
28 parce que si on explique pas, il peut ne pas comprendre. Déjà en expliquant des fois on a du  
29 mal, donc si on explique pas c'est encore plus compliqué donc expliquer à l'enfant, expliquer  
30 aux parents. Donc dans tout ça c'est différent.  
31
- 32 E : Est ce que du coup pour toi elle nécessite des compétences spécifiques ? Si oui, pourquoi ?  
33 Et lesquelles ? Ou sinon, pourquoi ?  
34
- 35 V : Si la prise en charge d'enfants nécessite des compétences particulières ?  
36
- 37 E : Oui  
38
- 39 V : Euh je pense que oui, dans le sens où l'IFSI ne te donne pas forcément toutes les clefs  
40 pour prendre en charge un enfant, ne serait ce que par les pathologies, les pathologies de  
41 l'enfant on ne les voit pas du tout à l'IFSI, fin je ne sais pas si ça a changé.  
42
- 43 E : Non c'est toujours pareil  
44

45 V : Après ce qui peut t'aider, c'est vraiment tes stages à la limite si t'as fait un parcours de  
46 stages pédiatriques avec plusieurs stages pédiatriques. Après c'est mon avis, à parti si  
47 vraiment tu fais 10 semaines d'urgences où t'as vu tout, je pense que quand même des  
48 compétences spécifiques c'est important parce que en école de puéricultrice t'apprends quand  
49 même pas mal la communication avec l'enfant, avec les parents, qu'est ce que c'est d'être  
50 parents ? Il y a l'aspect psychologique parce que l'école de puéricultrice ca ne te donne pas  
51 forcément, fin ca te donne les tips sur les pathologies qu'on ne voit pas, les pathologies de  
52 l'enfant qui sont assez particulières et que tu ne vois pas du tout à l'IFSI, que tu ne connais  
53 pas. Fin moi je sais qu'il y en avait que je ne connaissais pas du tout avant d'aller à l'école de  
54 puéricultrice et de les apprendre. Donc sur ce point là je suis plutôt d'avis à ce qu'il y ait des  
55 compétences spécifiques et des connaissances spécifiques parce que sur ce point là c'est plus  
56 des connaissances spécifiques que vont t'apporter l'école de puéricultrice et en terme de  
57 compétences, oui il y a la posture de puéricultrice, les connaissances que tu peux avoir, les  
58 compétences dans tout ce qui est accompagnement, tout ça tu le vois dans l'école de  
59 puéricultrice, il y a quand même plus une variante accompagnement, compétences, posture  
60 professionnelle auprès de l'enfant et du parent que tu ne vois pas forcément à l'IFSI, déjà  
61 parce qu'à l'IFSI on t'apprend plus le positionnement avec un adulte donc ça reste  
62 relativement le même mais c'est quand même différent d'avoir cette variante avec les parents  
63 en plus. En terme de compétences, voilà la posture, les connaissances, comment te comporter,  
64 après c'est sur que tes stages peuvent t'aider mais d'avoir quelque chose sur papier, une  
65 formation où tu fais que ça de A à Z, ça peut que d'apporter du plus, après c'est pas non plus  
66 nécessaire, il y a de très bonne infirmières en pédiatrie, t'as vu mes collègues elles sont top.  
67 Après je pense que ça dépend, ca peut être un plus, il y a des infirmières elles font des années  
68 de pédiatrie et après elles font l'école de puéricultrice parce que je pense que ca leur apporte  
69 quelque chose, s'il y a pas d'intérêt elles ne le feraient pas. Il y a quand même des  
70 compétences que tu acquiers, que tu approfondis un petit peu plus. Quand tu fais des années  
71 d'urgences pédiatriques en tant qu'infirmière, l'allaitement maternel ce n'est pas ce qu'on voit  
72 le plus ici alors qu'une fille de maternité elle sera plus calée dessus. Après je pense que c'est  
73 plus les services, alors que tu vois en tant que puéricultrice, après je ne dis pas que je suis  
74 hyper calée sur l'allaitement mais j'ai quand même quelques notions d'allaitement même si je  
75 suis aux urgences pédiatriques que je connais alors qu'une infirmière elle ne les aura pas  
76 forcément, à part si elle a allaité dans son expérience personnelle. Je le vois plus comme ça.

77

78 E : Du coup, pour ce que t'a apporté le diplôme de puéricultrice ?

79

80 V : Oui les connaissances, les compétences, la posture professionnelle, l'observation fine de  
81 l'enfant parce que moi on me l'a répété beaucoup de fois en formation puéricultrice il faut  
82 bien, un enfant ca s'observe parce que bah comme on ne peut pas communiquer, observer  
83 comment réagit l'enfant, prendre le temps de l'observer. Voilà ce que ça m'a apporté.

84

85 E : Est-ce que tu penses que le travail avec les enfants peut impacter tes émotions ? Si oui, en  
86 quoi ?

87

88 V : Pas spécialement, c'est ce que je disais tout à l'heure à ma collègue, après c'est mon avis  
89 personnel je pense que ça t'impacte plus quand t'as des enfants, peut être que ça te touche  
90 plus. Après forcément ça a des impacts sur mes émotions quand on fait des grosses réas, de  
91 voir la tristesse des parents, de voir l'enfant pas bien, forcément ça te touche mais un impact  
92 sur mes émotions non. Des fois, quand on a des grosses réas, oui j'y pense un petit peu chez

93 moi quelques jours après mais ça n'impacte pas mes émotions, je ne vais pas être triste, pas  
94 manger et tout. J'y pense mais de là à impacter mes émotions non. Je pense que si ça impacte  
95 tes émotions tu ne peux plus travailler. Pour moi, si il y a une réa et que je commence à  
96 pleurer, que mes émotions prennent le dessus, ça ne va pas aider l'enfant.

97

98 E : Donc pour toi tes émotions n'impactent pas ton travail ?

99

100 V : Non, fin après c'est pas l'enfant, je sais que quand moi personnellement je suis fatiguée ou  
101 triste, peut être que dans mon travail je serai moins patiente mais est ce que c'est l'enfant qui  
102 lui dans son état va m'impacter sur mes émotions ? Non, si un enfant n'est pas bien ça ne va  
103 pas impacter ma façon de travailler, ça ne va pas affecter mes émotions.

104 E : Du coup, j'allais te demander une situation où la prise en charge d'un enfant a été  
105 particulièrement difficile. Quel impact ça a pu avoir sur toi ? Qu'est ce que tu as mis en place  
106 pour pallier à ça ?

107

108 V : Alors peut être que les filles t'ont raconté la même parce qu'on était toutes les trois là, la  
109 petite qui a fait un arrêt cardiaque, après ça a pas impacté..., ça été difficile dans le sens où ça  
110 a été soudain, c'était à 7 heures du matin, on était sur notre fin de garde, on finissait à 7h30.  
111 Un petite qui est venir à l'IOA, qui a été réorientée donc nous on ne l'a pas vue, qui était à  
112 l'IOA à 19h30 qui allait plutôt bien, elle a été réorientée vers la maison médicale. Elle est  
113 arrivée à 7h en arrêt cardiaque quoi, bon du coup ma collègue pour le coup ça a impacté ses  
114 émotions, elle n'était plus du tout en mesure de travailler, il y en a une qui massait, une qui  
115 ballonnait, moi j'étais au fond donc je suis arrivée ici il était 7h du matin, comment te dire  
116 qu'on était mortes de fatigue, pas les yeux en face des trous. C' était difficile dans le sens où  
117 ça été soudain, moi ça été une de mes premières réas, soudaine comme ça, j'ai déjà intubé  
118 mais ça s'est toujours fait dans le calme, on avait le temps mais là c'est un enfant qui est en  
119 arrêt cardiaque donc forcément on a pas le temps. Ça m'a impacté dans le sens où c'était  
120 vraiment soudain, cette petite on a pas compris, c'est plus le père qui m'a touché parce que en  
121 soit l'enfant était en arrêt cardiaque mais le père vraiment son regard, j'y pense encore à son  
122 regard je vois qu'il était complètement dans le vide. Moi j'y ai pensé, j'ai eu du mal à dormir,  
123 ce jour-là je me suis endormie à midi alors que normalement tu fais la nuit tu rentres t'es  
124 kapout, bah nan en fait avec l'adrénaline. Après j'y ai pensé encore quelques jours, donc ça  
125 m'a quand même travaillé encore quelques jours, tu vois là on va faire la RMM de cette réa le  
126 25, du coup j'y pense encore mais pas dans le sens où c'est pas que ça a impacté mes  
127 émotions mais j'y pense dans le sens où qu'est ce qu'on aurait pu améliorer, de faire de  
128 mieux, comment on aurait pu aider cette louloute parce qu'au final nous on a réussi à  
129 récupérer un rythme cardiaque mais elle était restée trop longtemps en arrêt et son cerveau n'a  
130 pas été oxygéné pendant longtemps donc à Marseille ils ont enlevé tous les dispositifs  
131 médicaux, ils ont arrêté le respirateur et du coup elle est décédée mais moi je me dis, parce  
132 que c'est pas que l'IOA, on est tous responsables, Mel s'est sentie vachement responsable  
133 mais elle allait bien cet enfant à 19h30 mais je me dis qu'est ce qu'on aurait pu faire, parce  
134 que ça aurait pu nous arriver à toutes, c'est tombé sur elle ce jour-là. On lui a toutes dit par  
135 rapport à ce que tu nous dis on l'aurait réorientée, bon après il s'avère qu'elle a fait un truc  
136 hyper chelou, le truc hyper rare, un "volvulus, une hernie volvulus", un truc qu'elle avait  
137 depuis la naissance mais il fallait que l'hernie grossisse à ses 4 ans, parce qu'elle avait 4 ans  
138 cette enfant. Oui voilà, ça n'a pas impacté mes émotions, ça m'a plus travaillé moi en tant que  
139 professionnelle en me disant comment on aurait pu faire mieux, qu'est ce que Mélanie a râté à  
140 l'IOA que nous aussi on aurait pu rater parce que clairement au vue des constantes et de tout

141 elle allait bien. Donc voilà au niveau de mes émotions non, ça m'a fait de la peine pour le  
142 père, ça m'a fait de la peine pour ma collègue parce que de voir ma collègue aussi triste, s'en  
143 vouloir aussi comme ça ça nous a impacté. Donc voilà...

144  
145 E : Et du coup qu'est ce que tu as pu mettre en place ?

146  
147 V : Discuter, discuter avec les collègues, on en a reparlé. Qu'est ce qui a été bien, qu'est ce  
148 qui n'a pas été bien parce que moi c'était une de mes premières réas donc je disais aux filles,  
149 est ce que j'ai été assez active, même le médecin c'était Maxime je sais pas si tu l'as vu, on  
150 avait un super médecin pour cette réa. Dès que je le voyais sur ses gardes, je lui demandais  
151 "est ce que ça va j'allais assez vite ?", parce que en fait je me suis retrouvée toute seule à faire  
152 les traitements parce que une massait, une ballonnait, une était avec le médecin à poser le  
153 cathéter intra-osseux donc moi bah tous les traitements il fallait que je les prépare toute seule  
154 donc j'avais la pression en me disant que j'allais pas assez vite, les filles toute les deux  
155 minutes me demandaient de l'adré mais moi je suis toute seule donc il faut que je reprepare  
156 mon ampoule. Donc après on en a discuté, voilà plus discuter entre nous et là tu vois j'ai hâte  
157 qu'il y ait la RMM pour qu'on en discute plus posément parce qu'on en discute mais plus  
158 détaché moi avec le médecin, deux infirmières entre elles donc j'ai hâte qu'on se pose tous  
159 autour d'un table comme ça il y a vraiment tout le monde et on discute de ce que pensent tout  
160 le monde parce qu'il y a des avis par ci par là mais t'as pas tout le monde ensemble, donc ça  
161 ça va être cool. Donc vraiment la discussion...

162  
163 E : Bon bah j'ai terminé, merci beaucoup

164  
165 V : Je t'en prie, j'espère avoir bien répondu à tes questions

## Annexe IX : Retranscription de l'entretien 6 : Lilas

- 1 E : Est ce que du coup tu peux te présenter, m'expliquer ton parcours professionnel, depuis  
2 quand tu as ton diplôme et ton expérience dans le service ?  
3
- 4 L : Alors moi je m'appelle Lilas, j'ai 24 ans, je suis infirmière j'ai été diplômée en juillet  
5 2021, en fait j'ai fait un de mes stages de 10 semaines aux urgences pédiatriques, c'est pour ça  
6 qu'on m'a appelé avant que je sois diplômée pour prendre un poste déjà en CDD aux  
7 urgences enfant. A ma sortie de diplôme je suis directement venue travailler ici, maintenant ça  
8 fait 1 an et demi que je suis là, j'ai eu mon CDI.  
9
- 10 E : D'accord, alors sur la prise en charge d'un enfant, est ce que tu penses qu'elle est  
11 différente de celle d'un adulte ? Si oui, en quoi ? Si non, pourquoi ?  
12
- 13 L : Alors oui pour moi, la prise en charge d'un enfant est différente de celle d'un adulte, déjà  
14 on va parler de l'enfant en lui même. Ça nécessite plus de personnes, une infirmière ne peut  
15 pas faire une prise de sang ou poser un cathéter ou faire un pansement généralement seule. Un  
16 enfant a besoin de distraction, d'un cadre, il faut des fois même les maintenir pour qu'on  
17 puisse poser le cathéter par exemple. Ensuite, je vais dire que ce qui est différent aussi, alors  
18 certe avec un adulte tu vas avoir la famille mais avec les enfants tu as les parents et les parents  
19 il faut savoir apprendre à gérer leurs angoisses, leur stress, leurs questions, savoir rester  
20 professionnelle. Après, aux urgences on va dire que tu as quand même deux salles deux  
21 ambiances, tu as les boxs lambdas où les enfants certe ne sont pas en forme mais ne sont pas  
22 en urgence vitale, donc là c'est quand même plus facile, par contre quand on passe en urgence  
23 vitale, déjà il faut plus de personnes parce que il va falloir les personnes pour s'occuper de  
24 l'enfant mais en tant qu'infirmière on ne peut pas s'occuper de l'enfant en urgence vitale et du  
25 parent qui est complètement angoissé, qui pleure, qui crie, donc il faut une personne qui soit  
26 détachée pour s'occuper du parent. Tout prend plus de temps avec les enfants, il faut pouvoir  
27 leur expliquer les choses, il faut prendre le temps, ils sont tous très différents donc des fois il y  
28 a quelque chose qui va très bien marcher avec un enfant et pas du tout avec un autre donc il va  
29 falloir adapter son comportement, il faut faire beaucoup de distraction, qu'on ne fait pas chez  
30 l'adulte, on va leur parler, leur poser des questions, en quelle classe ils sont, est ce qu'ils ont  
31 des frères et soeurs, mettre de la musique, chanter des comptines, pleins de choses qu'on ne  
32 fait pas chez les adultes et qui font que ça nous prend beaucoup plus de temps, même les  
33 préparations ne sont pas les mêmes. Un enfant pour lui poser le cathéter, il faut lui mettre une  
34 attelle et bah c'est vrai que chez les adultes non, ça va beaucoup plus vite.  
35
- 36 E : Du coup, pour toi est ce que ça nécessite des compétences spécifiques ? Si oui, pourquoi ?  
37 Et lesquelles ? Et si non, qu'est ce qu'apporte pour toi le diplôme de puéricultrice ?  
38
- 39 L : Moi je dirais que tout le monde ne peut pas travailler avec les enfants, je pense qu'il faut  
40 vraiment que ça soit un choix, il faut le vouloir, il faut aimer ça parce qu'un enfant il faut  
41 prendre en compte ses émotions, le fait que ca reste un enfant, il ne gère pas ses émotions, il  
42 ne gère pas tout ça. C'est vrai qu'on s'appuie beaucoup sur les parents et des fois on a des  
43 parents qui sont très aidants et des parents qui ne le sont pas du tout. Mais.... tu peux me  
44 répéter la question s'il te plait ?  
45
- 46 E : Est ce que pour toi ça nécessite des compétences spécifiques ? Et si oui, lesquelles ?

47

48 L : Oui, il faut le vouloir, il faut aimer ça aussi parce que des fois ce n'est pas tout le temps  
49 facile. Moi je dirais qu'en tant qu'infirmière, je le vois beaucoup, je suis sortie de l'école, je  
50 suis arrivée ici, j'ai tout appris sur le tas. C'est à dire que toutes les maladies infantiles, je ne  
51 les avais pas forcément vues en cours donc c'est vrai que, après je pense qu'infirmière quand  
52 tu vas vraiment dans une spécialité que ça soit la puériculture, la neurologie, l'oncologie, on  
53 sort de l'école on ne sait pas tout donc je pense qu'il y a quand même un travail à faire quand  
54 on veut vraiment s'investir dans un service, d'apprendre plus après c'est vrai que le diplôme  
55 de puéricultrice il apporte forcément quelque chose parce qu'on apprend un peu plus les  
56 maladies infantiles, le prendre soin de l'enfant, moi les différents signes de gravité des enfants  
57 qui ne sont pas du tout les mêmes pour les adultes je les ai appris sur le tas, ce sont mes  
58 collègues qui m'ont formé. Donc je pense que oui effectivement pour s'occuper des enfants, il  
59 y a des capacités à avoir, il y a des choses à apprendre...

60

61 E : Mais ça peut s'apprendre sur le tas pour toi ?

62

63 L : Disons que le diplôme de puéricultrice m'apporterait forcément des choses, même à  
64 l'heure d'aujourd'hui mais moi ce n'est pas mon projet professionnel. Je ne veux pas faire que  
65 de l'enfant, moi c'est surtout les urgences donc là je travaille aux urgences enfant mais je sais  
66 très bien qu'après j'irai aux urgences adulte donc je ne vais pas me former en tant que  
67 puéricultrice, j'adore ce que je fais ici et je compte y rester encore pendant un petit moment,  
68 et j'adore apprendre pleins de choses et on a la chance d'avoir des médecins qui sont très à  
69 l'écoute et qui nous partagent tous leurs savoirs pour bien apprendre. Après j'ai acheté des  
70 bouquins, j'ai appris chez moi aussi, ce n'est pas pareil que d'apprendre à l'école, tu  
71 n'apprends pas pour un partiel, tu apprends quand tu as envie d'apprendre, ça te fait plaisir de  
72 l'apprendre parce que tu sais que ça va te servir tous les jours, ce n'est pas juste pour une note  
73 à un partiel.

74

75 E : Est ce que tu penses que le travail avec les enfants peut impacter tes émotions ? Si oui, en  
76 quoi ?

77

78 L : Oh oui, bah après de toute façon même avec les adultes, moi j'ai fait mon mémoire là  
79 dessus, je suis quelqu'un qui avait beaucoup de mal à gérer mes émotions autour du soin,  
80 donc est ce que c'est plus compliqué chez l'enfant ? Je sais pas, après le fait de travailler aux  
81 urgences moi ça m'aide aussi, moi je sais que par exemple je serai incapable de travailler dans  
82 un service de soins palliatifs ou même d'oncologie, d'avoir des patients sur du long terme  
83 qu'on apprend à connaître, qui font presque partie de nos vies, je sais que plus tard je vais  
84 sûrement me forger mais là à l'heure d'aujourd'hui le fait de travailler aux urgences ça m'aide  
85 aussi parce que oui les enfants que je vois me touchent mais on en voit tellement, on voit  
86 tellement d'histoires différentes, que je ne dirais que que les émotions ne sont plus là mais  
87 elles sont diminuées dans le sens où de toute façon il faut qu'on passe..., oui cet enfant nous a  
88 touché mais derrière il faut qu'on aille voir cet autre enfant qui lui n'a rien demandé, qui lui  
89 ne sait pas ce qu'il s'est passé avant et c'est ça je trouve qui est difficile dans notre métier,  
90 c'est que des fois il y a des choses qui nous impactent énormément mais il faut savoir mettre  
91 nos émotions de côté pour pouvoir passer au prochain patient pour pouvoir faire notre métier  
92 comme il le faut. Après je pense qu'il y a des caractères plus ou moins forts et je pense qu'on  
93 apprend aussi à se forger un petit peu avec le temps. Mais oui c'est sûr qu'avec les enfants les  
94 émotions sont présentes parce que ça reste des enfants.

95

96 E : Et oui... Est ce que tes émotions peuvent impacter ton travail ? Et si oui, comment tu  
97 gères ça ?

98

99 L : Oui bien sûr, mes émotions peuvent impacter mon travail, très franchement, encore il y a  
100 quelques mois, mes émotions m'ont dépassé. Après on a de la chance d'être en équipe, si il y  
101 a cette histoire là qui nous touche et cet enfant qui nous touche pour telle ou telle raison, parce  
102 qu'il nous renvoie à telle ou telle chose qui s'est passé dans notre vie, on peut s'appuyer sur  
103 nos collègues et ça je trouve que c'est hyper important, la cohésion d'équipe. Nous je sais  
104 qu'ici que ce soit les médecins, les infirmières, les AP, on est tous très soudés et on sait qu'on  
105 peut s'appuyer l'un sur l'autre et dire quand c'est trop d'ur pour nous. Je pense qu'il faut  
106 savoir se dire que là ça sera trop d'ur et c'est pas la peine, après il y a pleins de fois où  
107 franchement je me suis épatée de justement dans mon métier où on a de grosses urgences  
108 vitales, où les émotions devraient prendre le dessus mais on est tellement concentré dans ce  
109 qu'on fait que les émotions viennent après, généralement on pleure après, on pleure pas  
110 pendant l'urgence vitale parce qu'on a switché toutes nos émotions pendant ce temps là et  
111 après on se rend compte que ouais là c'était d'ur, c'était chaud, le parent était malheureux,  
112 triste, on a déjà perdu des enfants, ça c'est d'ur pour tout le monde, ça par contre je pense  
113 qu'on s'y fait jamais.

114

115 E : Est ce que tu as une situation où la prise en charge d'un enfant a été particulièrement  
116 difficile ? Quel est l'impact que ça a eu sur toi ? Et qu'est ce que tu as mis en place pour  
117 pouvoir le prendre en charge correctement ?

118

119 L : Franchement aux urgences, on en voit tellement des situations difficiles, entre les enfants  
120 qui viennent et qui sont dans des familles très précaires, qui subissent les problèmes de leurs  
121 parents, c'est très compliqué. Après malheureusement, il y a aussi des viols d'enfants, des  
122 enfants qui se font frapper et tout ça c'est des situations qui sont très difficiles. Après moi là  
123 où j'ai un peu plus de difficultés, c'est que un enfant il va venir ça va me toucher sur le coup  
124 mais après je vais passer à autre chose et j'en vois tellement par jour qu'au final, oui au pire  
125 on va en reparler entre nous dans l'équipe mais on va dire que ça va passer par contre il y a  
126 des enfants qui reviennent très régulièrement et là pour moi c'est plus d'ur. Ce qui est d'ur pour  
127 moi c'est de voir des enfants qui sont dans la misère, qui vivent dans une précarité importante,  
128 qui ont des parents qui peuvent même se droguer, être violents avec eux et des enfants qui  
129 sont envoyés aux urgences parce qu'ils demandent à venir ici parce qu'on est leur seul point  
130 de repère, du coup là oui c'est difficile parce qu'on se sent démunis, pour les enfants c'est très  
131 difficile de trouver des places en foyers même des suivis psychologiques c'est très compliqué  
132 et des fois on a l'impression de ne pas pouvoir aller aussi loin qu'on voudrait parce qu'il y a  
133 des enfants qu'on aimerait sortir de cette précarité sauf que nous on a pas les moyens de faire  
134 ça, on a des dossiers pour envoyer aux tribunaux, on peut les garder quelques jours. Je parle  
135 d'un enfant de 14 ans qui vient tout le temps, il habite dans une famille horrible mais  
136 malheureusement il vient ici, on le garde, ses parents ne veulent même pas, ne répondent  
137 même pas au téléphone, ils ne veulent même pas venir le chercher, ils veulent juste s'en  
138 débarrasser. On le garde quelques jours hospitalisé chez les grands enfants, quand on peut  
139 l'hospitaliser déjà parce que franchement c'est pas toujours et sinon on lui permet juste de  
140 passer la nuit ici, d'avoir à manger, un toit, de quoi dormir et sauf qu'on sait que cet enfant  
141 demain il va repartir. On peut monter tous les dossiers qu'on veut pour que cet enfant soit en  
142 foyer, pour qu'il ait des aides, c'est pas toujours facile et ça ne se passe pas toujours comme  
143 on le veut. Et ça on va dire que c'est un peu plus d'ur.

144

145 E : Et du coup, tu t'appuies toujours sur l'équipe comme tu disais tout à l'heure si tu devais  
146 me citer les moyens que tu vas mettre en place ?

147

148 L : Oui, la cohésion d'équipe dans notre métier c'est trop important parce que le jour où ça va  
149 pas on ne peut pas ramener tout ça à la maison, on ne peut pas se plaindre à notre famille, ils  
150 ne sont pas là pour ça et c'est vrai que nous on vit un peu tous la même chose, on sait ce que  
151 c'est et je pense que c'est plus facile de s'appuyer entre nous, ils comprennent mieux. Moi à  
152 mon équipe je peux leur dire des trucs, si je le dis à mes parents ils vont me dire "mais elle est  
153 folle". Voilà

154

155 E : Bon bah merci beaucoup en tout cas d'avoir pris le temps de répondre à mes questions.

156

157 L : Mais de rien

Annexe XIII : Grille d'analyse des entretiens

Thèmes	Sous-thèmes	Marguerite	Rose	Iris	Capucine	Violette	Lilas
La prise en charge de l'enfant	L'enfant et la relation soignant-soigné en pédiatrie	<p>« c'est complètement différent déjà de par la communication que tu peux ou ne peux pas avoir avec un enfant. Parce que si tu t'occupes d'un bébé, il n'y a pas de communication possible, même les tous petits enfants il ne s'expriment pas aussi clairement que les adultes. »</p> <p>« il faut gagner une confiance qui est bien plus difficile à avoir je trouve qu'avec un adulte avec qui tu peux communiquer, expliquer vraiment</p>	<p>« l'acte technique va être le même »</p> <p>« il y a beaucoup plus de dimensions à prendre en charge chez l'enfant »</p> <p>« chez un enfant déjà en fonction de son âge et de son développement ça va pas du tout être la même chose. un nouveau-né comme tu dois le voir en néonate même un préma ou même un enfant de 14-15 ans ou même de 8 ans c'est pas du tout la même chose parce qu'ils sont pas au même stade de développement, ils ont pas les mêmes besoins »</p>	<p>« l'enfant c'est toujours différent, on aborde le soin différemment »</p> <p>« ils vont être réticents »</p> <p>« on est plus maternante »</p> <p>« on approche pas un enfant comme on approcherait un adulte, déjà il y a souvent le tutoiement »</p> <p>« le côté maternant, cocooning que je ne vais pas avoir chez les adultes. »</p>	<p>« chez un enfant c'est plus complexe parce que déjà il faut prendre beaucoup plus de temps, lui expliquer les choses »</p> <p>« il faut expliquer le geste »</p> <p>« il faut préparer l'enfant »</p> <p>« il faut bien penser à poser les patchs EMLA si on veut faire</p>	<p>« un enfant c'est pas un adulte, il ne comprend pas forcément ce qu'il se passe, pourquoi il est là. On ne peut pas communiquer avec eux »</p> <p>« Un enfant ne va pas venir vous expliquer, oui j'ai mal ici depuis tant de temps »</p> <p>« selon l'âge ils ne comprennent pas les soins qu'on va faire, donc il faut prendre le temps, c'est beaucoup de négociation »</p> <p>« il faut la prendre plusieurs fois parce qu'il bouge,</p>	<p>« Ça nécessite plus de personnes, une infirmière ne peut pas faire une prise de sang ou poser un cathéter ou faire un pansement généralement seule »</p> <p>« Un enfant a besoin de distraction, d'un cadre, il faut des fois même les maintenir »</p> <p>« Tout prend plus de temps avec les enfants, il faut pouvoir leur expliquer les choses, il faut prendre le temps, ils sont tous très</p>

		<p>les choses et qui a un passé »</p> <p>« Un enfant ça peut prendre des proportions de ouf parce que c'est l'inconnu, parce que c'est tout un monde qu'il découvre, qu'il ne connaît pas, il y a le stress et il n'a pas le recul nécessaire pour comprendre tout ça. Les ados c'est peut être un peu plus facile parce qu'il y a ce recul qui est possible. »</p>	<p>« on aura pas du tout la même manière d'aborder le soin »</p>		<p>une prise de sang, si on veut poser un cathéter »</p> <p>« la difficulté c'est la douleur chez l'enfant et la prise en charge de ses soins. »</p> <p>« un enfant c'est une éponge »</p>	<p>parce qu'il enlève le brassard »</p> <p>« il faut négocier, il faut prendre le temps »</p> <p>« c'est plus de temps »</p> <p>« si on fait les choses vite ça va pas marcher »</p> <p>« on explique parce que si on explique pas, il peut ne pas comprendre »</p>	<p>différents donc des fois il y a quelque chose qui va très bien marcher avec un enfant et pas du tout avec un autre »</p> <p>« il va falloir adapter son comportement, il faut faire beaucoup de distraction, qu'on ne fait pas chez l'adulte, on va leur parler, leur poser des questions, en quelle classe ils sont, est ce qu'ils ont des frères et soeurs, mettre de la musique, chanter des comptines, même les préparations ne sont pas les mêmes. »</p>
--	--	---	--	--	--	---	--

	La famille	« Tu as les parents à gérer »	« on va se servir des parents donc je trouve que la triade est beaucoup plus importante. Chez un adulte, on ne va pas ne pas se préoccuper parce que c'est pas vrai mais on va moins prendre en compte l'entourage dans une prise en charge sauf si c'est chez un jeune de 16-17 ans »  « il y a les parents donc forcément,		« souvent il y a les parents donc c'est pas que l'enfant c'est aussi le parent qui est avec donc on a deux personnes à prendre en charge, à gérer »	« les parents aussi à prendre en compte »  « on se fit beaucoup aux discours des parents, donc on est obligés de travailler avec les parents et l'entourage si c'est pas les parents, les tuteurs légaux »  « Expliquer aux parents »	« Il faut prendre en compte ses émotions, il ne gère pas ses émotions, il ne gère pas tout ça »  « tu as les parents et les parents il faut savoir apprendre à gérer leurs angoisses, leur stress, leurs questions, savoir rester professionnelle »  « parent qui est complètement angoissé, qui pleure, qui crie »  « on s'appuie beaucoup sur les parents et des fois on a des parents qui sont très
--	------------	-------------------------------	--	--	---	---	--

			des parents qui sont dans un état de détresse »  « maman qui est en détresse »				aidants et des parents qui ne le sont pas du tout »
Les compétences spécifiques en pédiatrie	Les compétences	« Allaitement » « développement psychomoteur »	« oui je pense »  « différentes étapes du développement »  « les différentes techniques pour la douleur »  « méopa »  « distraction »  « utiliser l'EMLA »  « on va beaucoup plus parler aux enfants »	« autant de la médecine que de la chirurgie »  « secteur social, sur le travail en PMI, sur le travail en crèche »	« La patience »  « le calme et puis savoir gérer aussi ses émotions face à l'enfant »  « il faut bien penser à poser les patchs EMLA si on veut faire une prise de sang, si on veut poser un cathéter »  « méopa »	« je pense que oui »  « les pathologies de l'enfant »  la communication avec l'enfant, avec les parents, qu'est ce que c'est d'être parents ? Il y a l'aspect psychologique  « compétences spécifiques et connaissances spécifiques »  « la posture de puéricultrice »	« toutes les maladies infantiles »  « le prendre soin de l'enfant »  « les différents signes de gravité des enfants »  « capacités à avoir, il y a des choses à apprendre »

			« apprendre à déceler quelques petites choses »		« gérer la douleur, essayer d'anticiper »	« tout ce qui est accompagnement » « variante accompagnement, compétences, posture professionnelle auprès de l'enfant et du parent » « comment te comporter » « l'allaitement maternel » « l'observation fine de l'enfant »	
	La transmission des compétences	« Alors par exemple par rapport à l'école de puéricultrice ? Alors moi je vais te dire, moi ca fait 5 ans que je suis ici en tant	« Je ne me serai pas du tout vue commencer après l'école d'infirmière parce que on a trop	« sur mon diplôme à moi on avait un module de pédiatrie » « on apprend sur le tas quand		« ça peut que d'apporter du plus, après c'est pas non plus nécessaire, il y a de très bonne infirmières en pédiatrie »	« j'ai tout appris sur le tas » « on sort de l'école on ne sait pas tout donc je pense qu'il y a

		<p>qu'infirmière et que je m'en sors bien »</p> <p>« Je pense que l'école t'apporte des choses plus précises »</p> <p>« mes collègues m'ont un peu appris, formé »</p> <p>« je l'ai lu dans les livres »</p> <p>« Oui je pense que tu peux complètement les apprendre sur le tas »</p> <p>« On a des infirmières ici, ça fait 17 ans qu'elles sont infirmières en pédiatrie, elles n'ont jamais eu le diplôme et elles sont tout autant</p>	<p>peu d'apports sur les enfants »</p> <p>« on est curieux on peut très bien se renseigner »</p> <p>« Oui pour moi il m'a aidé »</p> <p>« Beaucoup de choses »</p>	<p>même, au fil des années, de ce qu'on rencontre »</p> <p>« enseignement à l'IFSI »</p>		<p>« si t'as fait un parcours de stages pédiatriques avec plusieurs stages pédiatriques »</p> <p>« école de puéricultrice »</p> <p>« tes stages peuvent t'aider mais d'avoir quelque chose sur papier, une formation où tu fais que ça de A à Z, ça peut que d'apporter du plus »</p> <p>« elles font l'école de puéricultrice parce que je pense que ça leur apporte quelque chose »</p> <p>« Il y a quand même des compétences que</p>	<p>quand même un travail à faire »</p> <p>« le diplôme de puéricultrice il apporte forcément quelque chose »</p> <p>« je les ai appris sur le tas, ce sont mes collègues qui m'ont formé »</p> <p>« le diplôme de puéricultrice m'apporterait forcément des choses »</p> <p>« médecins qui sont très à l'écoute et qui nous partagent tous leurs savoirs pour bien apprendre »</p> <p>« j'ai acheté des bouquins, j'ai appris chez moi »</p>
--	--	---	--	--	--	--	--

		voir plus compétentes. Rien ne vaut l'expérience et de faire »				tu acquiers, que tu approfondis un petit peu plus »  « Expérience personnelle »	
Les émotions du soignant	Les émotions dans le soin	« Oui, d'autant plus depuis que je suis maman »  « émotionnellement je suis vachement plus impactée depuis que je suis maman parce que je ne peux pas lutter contre le fait de me projeter si c'était la mienne »  « oui les émotions sont là »  « les moments où émotionnellement	« Euh... je sais pas »  « Je pense que ça impacte tes émotions puisque forcément quand on est chez un enfant et qu'on est confronté à, c'est pas une grippe ok, un asthme ok mais quand on est confronté à des choses qui ne sont pas censées arriver à des enfants, je pense que dans ce	« Oui parce que..., en plus je suis maman donc c'est vrai que parfois on se projette un peu comme si c'était les nôtres mais moi j'ai plus tendance à avoir de la peine parce que c'est un enfant à qui on va découvrir une leucémie ou quelque chose de pas	« Oui, ça peut impacter parce que déjà de voir un enfant souffrir c'est pas facile »  « je me suis sentie mal »  « C'était trop douloureux pour moi »  « ça nous frustre des fois de ne	« Pas spécialement, je pense que ça t'impacte plus quand t'as des enfants, peut être que ça te touche plus. Après forcément ça a des impacts sur mes émotions quand on fait des grosses réas, de voir la tristesse des parents, de voir l'enfant pas bien, forcément ça te touche mais un impact sur mes	« Oh oui, bah après de toute façon même avec les adultes »  « les enfants que je vois me touchent »  « je ne dirais que les émotions ne sont plus là mais elles sont diminuées dans le sens où de toute façon il faut qu'on passe..., oui cet enfant nous a touché

		<p>je vais être impactée c'est par exemple les situations un peu de psy où les gamins sont agressifs, violents ou tendus, je sais que moi je vais monter en pression par exemple. Émotionnellement je vais avoir du mal au bout d'un moment à gérer le truc ou quand je sais que j'ai un gamin qui a été maltraité ou soit battu ou sexuellement, là j'ai vachement du mal aussi »</p> <p>« il y a eu des fois où j'ai perdu mon sang froid, j'ai monté le ton »</p>	<p>cas là ça peut t'impacter »</p> <p>« on se sent toujours peut être un peu plus injuste »</p> <p>« c'est là où c'est le plus difficile, c'est de voir les émotions qu'il y a tout autour »</p> <p>« Je pense que oui »</p> <p>« tu te dis que c'est un peu limite »</p> <p>« Franchement c'est difficile il y a aucune situation qui me vient en tête, des situations difficiles il y en a eu, après est-ce que j'ai eu vraiment du mal à passer au</p>	<p>très bon, ou un décès »</p> <p>« Quand on a eu un décès, parce que c'est le plus dur. Bah oui c'est compliqué quand on a des enfants qui sont en fin de vie, quand on ne sait pas quand est ce qu'ils vont décéder »</p> <p>« on était pas mal stressées »</p>	<p>pas avoir eu le temps de mettre en place certaines choses »</p> <p>« oui ça peut impacter »</p>	<p>émotions non. Des fois, quand on a des grosses réas, oui j'y pense un petit peu chez moi quelques jours après mais ça n'impacte pas mes émotions, je ne vais pas être triste, pas manger et tout. J'y pense mais de là à impacter mes émotions non. Je pense que si ça impacte tes émotions tu ne peux plus travailler. Pour moi, si il y a une réa et que je commence à pleurer, que mes émotions prennent le dessus, ça ne va pas aider l'enfant. »</p> <p>« Non, fin après c'est pas l'enfant,</p>	<p>mais derrière il faut qu'on aille voir cet autre enfant qui lui n'a rien demandé, qui lui ne sait pas ce qu'il s'est passé avant »</p> <p>« il y a des choses qui nous impactent énormément »</p> <p>« qu'avec les enfants les émotions sont présentes parce que ça reste des enfants. »</p> <p>« Oui bien sûr, mes émotions peuvent impacter mon travail »</p> <p>« généralement on pleure après, on pleure pas pendant l'urgence</p>
--	--	--	---	---	--	--	---

		<p>« t'en arrives à t'énerver »</p> <p>« Ca a été très violent, déjà parce que ça a duré, parce que j'étais en fin de nuit c'était à 7 heures du matin, parce que forcément je me projette sur ma fille »</p> <p>« quand c'est un enfant c'est dur, plus dur que quand c'est un adulte »</p>	<p>dessus ? Ca je pense pas. »</p> <p>« ca m'a fait beaucoup de remettre en question »</p> <p>« tout le monde a été un peu démuni »</p> <p>« Tu te sens un peu révoltée »</p> <p>« émotionnellement ca m'a touché »</p> <p>« je me sentais impuissante pas par rapport à la maman »</p>			<p>je sais que quand moi personnellement je suis fatiguée ou triste, peut être que dans mon travail je serai moins patiente »</p> <p>« Non, si un enfant n'est pas bien ça ne va pas impacter ma façon de travailler, ça ne va pas affecter mes émotions. »</p> <p>« ca été difficile dans le sens où ça a été soudain »</p> <p>« ma collègue pour le coup ca a impacté ses émotions, elle n'était plus du tout en mesure de travailler »</p>	<p>vitale parce qu'on a switché toutes nos émotions pendant ce temps là et après on se rend compte que ouais là c'était dût, c'était chaud, le parent était malheureux, triste, on a déjà perdu des enfants, ça c'est dût pour tout le monde, ça par contre je pense qu'on s'y fait jamais. »</p> <p>« tellement des situations difficiles, entre les enfants qui viennent et qui sont dans des familles très précaires, qui subissent les problèmes de leurs parents, c'est très</p>
--	--	--	---	--	--	---	---

					<p>« c'est plus le père qui m'a touché parce que en soit l'enfant était en arrêt cardiaque mais le père vraiment son regard, j'y pense encore à son regard je vois qu'il était complètement dans le vide. Moi j'y ai pensé, j'ai eu du mal à dormir, ce jour-là je me suis endormie à midi »</p> <p>« Après j'y ai pensé encore quelques jours, donc ça m'a quand même travaillé encore quelques jours »</p> <p>« j'y pense encore mais pas dans le sens où c'est pas que ça a impacté</p>	<p>compliqué. Après malheureusement, il y a aussi des viols d'enfants, des enfants qui se font frapper et tout ça c'est des situations qui sont très difficiles »</p> <p>« il y a des enfants qui reviennent très régulièrement et là pour moi c'est plus dût »</p> <p>« des enfants qui sont dans la misère, qui vivent dans une précarité importante, qui ont des parents qui peuvent même se droguer, être violents avec eux et des enfants qui sont envoyés aux urgences parce qu'ils</p>
--	--	--	--	--	--	---

						<p>mes émotions mais j'y pense dans le sens où qu'est ce qu'on aurait pu améliorer, de faire de mieux »</p> <p>« ça n'a pas impacté mes émotions, ça m'a plus travaillé moi en tant que professionnelle en me disant comment on aurait pu faire mieux »</p> <p>« ca m'a fait de la peine pour le père, ça m'a fait de la peine pour ma collègue parce que de voir ma collègue aussi triste, s'en vouloir aussi comme ca ca nous a impacté »</p>	<p>demandent à venir ici parce qu'on est leur seul point de repère, du coup là oui c'est difficile parce qu'on se sent démunis, pour les enfants »</p> <p>« on a l'impression de ne pas pouvoir aller aussi loin qu'on voudrait »</p> <p>« Et ça on va dire que c'est un peu plus dût. »</p>
--	--	--	--	--	--	---	--

	<p>La gestion des émotions</p>	<p>« avec les parents ou dans la situation même tu les contrôle fin moi je sais que je les contrôle mais j'ai des contre coups qui sont beaucoup plus violents que quand j'étais avant chez les adultes. »</p> <p>« tu passes le relais, tu vas prendre l'air, le mieux c'est de passer le relais »</p> <p>« il y a des jours où ça se passe bien parce que toi même ça va à peu près, il y a tellement de facteurs mais moi en général je passe le relais. »</p> <p>« discuter avec tes collègues, on en a</p>	<p>« je pense qu'on travaille dessus »</p> <p>« je pense qu'on arrive à prendre de la distance »</p> <p>« j'ai essayé de me mettre en tête que c'est pour l'enfant que je fais les soins »</p> <p>« Mais je pense que de manière générale si on s'en rend compte il y a moyen de passer au-delà »</p>	<p>« Non parce que j'arrive à prendre sur moi et aussi des fois j'arrive à m'en détacher, ça ne m'a jamais empêché de travailler, de faire mon soin, non ça va. J'arrive à gérer mes émotions pour ne pas que ça impacte sur mon travail. »</p> <p>« On se soutient pas mal entre équipes, à discuter, à en parler, on peut avoir les psychologues »</p>	<p>« peut être que c'était un moment où j'étais plus sensible »</p> <p>« il faut pouvoir maîtriser un petit peu ses émotions »</p> <p>« il faut essayer un petit peu de se détacher de l'impact de cette douleur sur nous »</p> <p>« avec l'expérience on arrive à gérer ça »</p> <p>« si on se sent pas</p>	<p>« on était sur notre fin de garde »</p> <p>« mortes de fatigue »</p> <p>« discuter, discuter avec les collègues, on en a reparlé</p> <p>« la RMM pour qu'on en discute plus posément »</p> <p>« la discussion... »</p>	<p>« je suis quelqu'un qui avait beaucoup de mal à gérer mes émotions autour du soin, donc est ce que c'est plus compliqué chez l'enfant ? Je sais pas, après le fait de travailler aux urgences moi ça m'aide aussi, moi je sais que par exemple je serai incapable de travailler dans un service de soins palliatifs ou même d'oncologie, d'avoir des patients sur du long terme qu'on apprend à connaître, qui font presque partie de nos vies »</p>
--	--------------------------------	---	---	--	--	---	---

		<p>parlé pendant plusieurs jours, c'était un peu en boucle tu vois mais crever les abcès, discuter »</p> <p>« Il ne faut pas garder pour toi »</p> <p>« Faut pas garder pour toi, moi j'ai eu besoin de voir ma fille, de la serrer fort dans mes bras, mais sinon pas trop de techniques »</p> <p>« Si vraiment ça ne va pas, voir le psy, mais en général discuter avec tes collègues ça suffit. Tu te fais une carapace au bout d'un moment malgré tout. »</p>		<p>« tu viens travailler en te disant "pourvu que ca soit pas sur moi que ca tombe »</p> <p>« donc la discussion avec l'équipe, l'entraide »</p> <p>« des moments de rigolade aussi pour essayer d'évacuer notre stress »</p>	<p>parce que ca peut arriver, on passe la main »</p> <p>« il faut savoir passer la main et demander à sa collègue d'y aller. Il faut pouvoir le faire à temps »</p> <p>« je me suis retirée du soin »</p> <p>« des formations »</p> <p>« Je suis sortie de la salle »</p> <p>« je pense qu'il faut passer la main, même</p>		<p>« on en voit tellement, on voit tellement d'histoires différentes »</p> <p>« mais il faut savoir mettre nos émotions de côté pour pouvoir passer au prochain patient »</p> <p>« qu'on apprend aussi à se forger un petit peu avec le temps »</p> <p>« encore il y a quelques mois, mes émotions m'ont dépassé »</p> <p>« on peut s'appuyer sur nos collègues et ça je trouve que c'est hyper important, la cohésion d'équipe »</p>
--	--	---	--	---	---	--	---

					<p>si en tant qu'infirmière ça se reproduit, bah je sors. On peut pas se blinder »</p>		<p>« très soudés et on sait qu'on peut s'appuyer l'un sur l'autre et dire quand c'est trop dûr pour nous »</p> <p>« urgences vitales, où les émotions devraient prendre le dessus mais on est tellement concentré dans ce qu'on fait que les émotions viennent après »</p> <p>« on va en reparler entre nous »</p> <p>« cohésion d'équipe »</p> <p>« on ne peut pas ramener tout ça à la maison »</p>
--	--	--	--	--	--	--	---

							« c'est plus facile de s'appuyer entre nous, ils comprennent mieux »
--	--	--	--	--	--	--	--

## Annexe XIV : Autorisation de diffusion



### AUTORISATION DE DIFFUSION DU TRAVAIL DE FIN D'ÉTUDES

Annexe de la procédure relative à la conservation et à la diffusion des TFE.

Ne peut être diffusé qu'un travail de fin d'études ayant obtenu une note supérieure ou égale à 15/20 à l'écrit, sous réserve d'être sélectionné par l'équipe pédagogique.

Remarque : aucun étudiant ne peut s'opposer à la conservation (archivage) par l'E.R.F.P.P. de son travail de fin d'études en version papier (5 ou 10 ans) et en version numérique (illimitée).

**Je soussignée** (Prénom, NOM) : OUDART Elise

Promotion : 2020-2023

**Autorise**, sans limitation de temps, l'IFSI - E.R.F.P.P. G.I.P.E.S d'Avignon et du Pays de Vaucluse

**à diffuser** le travail de fin d'étude que j'ai effectué en tant qu'étudiant en soins infirmiers :

(Titre du TFE)

Les spécificités de la prise en charge des enfants en pédiatrie

**En version papier** (au centre de documentation de l'E.R.F.P.P.)

oui  non

**En version numérique** - PDF (sur le catalogue en ligne du centre de documentation)

oui  non

Je soussigné(e), déclare avoir été informé(e) des conditions d'intégration, de diffusion et de conservation de mon travail de fin d'études par l'E.R.F.P.P. G.I.P.E.S. d'Avignon et du pays de Vaucluse et les accepter sans limite de temps. Ces conditions sont précisées dans la procédure relative à la conservation et à la diffusion des TFE consultable en annexe du cahier des charges du travail de fin d'étude.

Avignon, le 25/05/2023..... Signature :

Résumé : **Les spécificités de la prise en charge des enfants en pédiatrie**

La prise en charge de l'enfant, spécifique tant sur le plan technique que relationnel peut demander des compétences spécifiques afin de prendre en charge l'enfant. Ce quotidien peut aussi avoir des conséquences émotionnelles au niveau du soignant. Grâce à mon expérience de stage, j'ai pu percevoir l'impact des émotions sur la prise en soins du patient. Je me suis questionnée et j'en ai déduit la question de départ suivante : La prise en charge d'un enfant nécessite-elle des compétences spécifiques et en quoi peut-elle impacter les émotions du soignant ?

Afin d'enrichir ma réflexion, j'ai orienté mes lectures autour de trois concepts provenant de ma question de départ : la prise en charge de l'enfant, les compétences spécifiques en pédiatrie et les émotions du soignant. Par la suite, j'ai mené une enquête exploratoire de type qualitative, en réalisant des entretiens semi-directifs auprès de 6 infirmières et puéricultrices de deux services différents : les Urgences Pédiatriques et les Grands Enfants. Cela m'a permis de confronter les propos des professionnels de santé avec les auteurs présents dans mon cadre de référence.

L'analyse des entretiens a permis de confirmer que la prise en charge d'un enfant est bien différente de celle d'un adulte. Ainsi, elle peut impacter les émotions du soignant et même dans certains cas son travail. A partir de ces résultats, d'autres questionnements surviennent, je pose alors la question de recherche suivante : En quoi les contraintes organisationnelles peuvent altérer la transmission des compétences en pédiatrie ?

Mots clés : pédiatrie, émotions, relation soignant-soigné, compétences, triade parents-enfant-soignant

Nombre de mots : 246

Abstract : **The specificities of child management in pediatrics**

Child care plan, both technical and relational, may require specific skills in order to take care of a child. This daily routine can also have emotional consequences for the carer. Thanks to my internship experience, I have perceived the impact of emotions on the patient's care-giving. I wondered and I deduced the following starting question : Does child care plan require specific skills and how does it impact the emotions of the carer ?

To enrich my reflection, I focused my readings on three concepts stemming from my initial question : the child management, specific pediatric skills and carer emotions. Subsequently, I conducted an exploratory qualitative survey by conducting semi-structured interviews with 6 nurses and nursery nurses from two different departments : Pediatric Emergencies and Older Children. This allowed me to compare the comments of health professionals with the authors present in my reference framework.

The analysis of the interviews confirmed that the child care plan is very different than adult. Thus, it can have an impact on the emotions of the carer, and in some cases, even on his work. These results raise further questions, leading me to ask the following research question : To what extent organizational constraints affect the transfer of competencies in pediatrics ?

Kew words : pediatrics, emotions, relationship between the carer and the patient, skills, the triade between carer, parent and child.

Number of words : 208