



GORI Claire

Promotion 2021 - 2024

TRAVAIL DE FIN D'ÉTUDES

Les émotions du soignant en pédiatrie

Unité d'enseignement 5.6 S6

Analyse de la qualité et traitement des données scientifiques et professionnelles

Date de rendu : le 21 mai 2024

Directeur de mémoire : Mme Clerc

Note aux lecteurs et lectrices :

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

REMERCIEMENTS

Je souhaite remercier tous ceux qui ont participés de près ou de loin à la réalisation de mon travail de fin d'études.

Tout d'abord, je tiens tout particulièrement à remercier ma directrice de mémoire, Madame Clerc, qui par sa disponibilité et son écoute, a permis l'élaboration de ce travail.

Je remercie également, Madame Filippi, qui m'a guidé et soutenu en tant que référente pédagogique pendant ces trois ans.

Un grand merci aussi à tous les professionnels que j'ai pu rencontrer au cours de mes stages et de mes entretiens, tant pour leur accueil que leur disponibilité.

Je suis reconnaissante envers mes proches et notamment Laura, de m'avoir accompagné et encouragé durant ces 3 années fortes en émotions. Leur soutien m'a été essentiel pour ma réussite jusqu'ici.

Et je remercie également mes camarades de promotion (Jade, Alyssa et Caroline) avec lesquelles j'ai vécu des moments de joie durant cette formation ainsi que pour la réalisation de nos travaux respectifs.

Table des matières

<u>1</u>	<u>Introduction</u>	<u>1</u>
<u>1</u>	<u>Situations d'appel</u>	<u>3</u>
<u>2</u>	<u>Questionnement</u>	<u>6</u>
2.1	L'enfant _____	6
2.2	La relation _____	7
2.3	Les émotions _____	8
2.4	La posture professionnelle _____	9
<u>3</u>	<u>Cadre de référence</u>	<u>11</u>
3.1	L'enfant _____	11
3.1.1	Définition de l'enfant _____	11
3.1.2	Le développement de l'enfant _____	12
3.1.3	Les besoins de l'enfant _____	14
3.1.4	L'enfant hospitalisé _____	15
3.2	Les émotions _____	18
3.2.1	Définition : les émotions _____	18
3.2.2	L'impact des émotions dans le soin _____	19
3.2.3	La gestion des émotions _____	21
3.2.4	Les mécanismes de défense des soignants _____	22
3.3	La prise en soin _____	27
3.3.1	Rôle de l'infirmière _____	28
3.3.2	La posture professionnelle _____	29
3.3.3	La place de la relation parent / enfant / soignant _____	31
<u>4</u>	<u>Enquête exploratoire</u>	<u>34</u>
4.1	Outil utilisé _____	34
4.2	Population choisie et lieux d'investigations _____	35
<u>5</u>	<u>Analyse des résultats :</u>	<u>37</u>
5.1	Présentation synthétique des professionnelles : _____	37
5.2	Analyse thématique des entretiens _____	38
5.2.1	L'enfant _____	38
5.2.2	Les émotions _____	40
5.2.3	La prise en soin _____	43
5.3	Limites de l'enquête _____	45
<u>6</u>	<u>Problématique</u>	<u>46</u>
<u>7</u>	<u>Conclusion</u>	<u>47</u>
<u>8</u>	<u>Bibliographie</u>	<u>48</u>
<u>9</u>	<u>Sitographie :</u>	<u>50</u>

<u>10</u>	<u>Sommaire des annexes</u>	<u>55</u>
<u>11</u>	<u>Annexe I : Guide entretien</u>	<u>I</u>
<u>12</u>	<u>Annexe II : Demandes autorisations entretiens</u>	<u>II</u>
12.1	Pédopsychiatrie _____	II
12.2	Néonatalogie _____	III
12.3	Crèche _____	IV
<u>13</u>	<u>Annexe III : Réponses des demandes aux établissements</u>	<u>V</u>
13.1	Service de pédopsychiatrie _____	V
13.2	Service de néonatalogie _____	VI
13.3	Crèche _____	VII
<u>14</u>	<u>Annexe IV : Entretiens</u>	<u>VIII</u>
14.1	En pédopsychiatrie _____	VIII
14.2	En néonatalogie _____	XX
14.3	En crèche _____	XXXIV
<u>15</u>	<u>Annexe V : Grilles d'analyses des entretiens</u>	<u>XLIX</u>
<u>16</u>	<u>Annexe VI : autorisation de diffusion</u>	<u>LXII</u>

1 Introduction

J'ai pu constater au cours de mes études d'infirmière, que les techniques de soins délivrées aux patients étaient parfois incomplètes. En effet, plus que les soins médicaux, le soin relationnel, est essentiel, notamment en pédiatrie, pour établir une connexion significative avec les enfants et leur famille. Développer de l'empathie et favoriser la communication, permettent au soignant de créer un environnement de soin sécuritaire et réconfortant. Les soins relationnels sont cependant fragiles, leur mise en application peut être rapidement perturbée lorsque trop d'émotions surviennent pendant la prise en charge des patients.

Les émotions éprouvées durant un stage dans un service de maternité m'ont poussé à me questionner sur la place que le soignant peut accorder à ses émotions lors de la prise en charge d'un enfant ainsi que de sa famille. Une situation a retenu mon attention pour avoir suscité en moi des émotions que je n'avais jamais ressenties auparavant dans mes fonctions de soignant. A ce moment-là, submergée par des sentiments de tristesse, d'injustice et de compassion, la prise en charge d'un enfant et de ses parents s'est avérée compliquée dans sa mise en œuvre. Je n'ai pas eu d'autre choix, dans cette situation, que de cacher mes émotions afin de ne pas inquiéter l'enfant ainsi que ses proches.

Ayant pour objectif personnel de travailler dans un service de pédiatrie à la fin de mes études, il est alors important pour moi de savoir reconnaître et gérer mes émotions personnelles afin d'améliorer ma pratique et pouvoir prodiguer, des soins qualitatifs et bienveillants envers les enfants et leurs familles.

Dans le cadre de ma formation en soins infirmiers, j'ai alors pris la décision de réaliser mon travail de fin d'étude sur la gestion des émotions du soignant en service de pédiatrie. En vue de ma future fonction, j'ai orienté mes recherches sur l'identification et l'impact que les émotions peuvent induire sur la qualité des soins réalisés. Plus précisément, sur l'importance pour les professionnels de santé, d'acquérir des compétences émotionnelles afin de maintenir un environnement positif et garantir des soins optimaux avec l'enfant ainsi que sa famille.

Pour comprendre le dérouler de ce travail, je vais dans un premier temps, vous décrire ma situation d'appel. Dans un deuxième temps, le questionnement qui se dégage de ma situation. Dans celui-ci, il se trouvera également ma question de départ. Dans un troisième temps, je développerai mon cadre de référence qui se compose des notions suivantes : l'enfant, les

émotions et la prise en soin. Dans un quatrième temps, je réaliserai mon enquête exploratoire. Pour cela j'indiquerai la méthode et l'outil utilisé pour la réalisation de mes entretiens. Puis je vous identifierai la population qui selon-moi, a une exposition particulière aux émotions, suivi des lieux vers lesquels je me suis orientée. Pour finir mon enquête je réaliserai une analyse par thématique de mes résultats. Dans un cinquième temps, j'énoncerai la question qui découle de ce travail de fin d'étude. Pour finir je réaliserai une problématique qui clôturera mon travail.

1 Situations d'appel

La situation présentée ci-après s'est déroulée lors de mon dernier stage de deuxième année en service de maternité. Le service est composé de deux infirmières puéricultrices, une sage-femme, deux auxiliaires puéricultrices ainsi qu'un pédiatre.

Je réalise mon stage dans le service en compagnie d'une puéricultrice et une auxiliaire puéricultrice. Nous accueillons une mère et son nouveau-né qui remontent du bloc obstétrical. Lorsqu'une mère et son enfant arrivent dans le service, le brancardier installe la mère sur le lit pendant que la puéricultrice s'occupe de réaliser un examen clinique de l'enfant. Cet examen consiste à vérifier qu'aucunes malformations ne soient passées inaperçues à l'examen clinique réalisé juste après la naissance de l'enfant par la sage-femme. Une fois l'examen clinique terminé, nous nous occupons des parents et échangeons avec eux de leurs éventuels besoins, leurs appréhensions suite à l'arrivée de leur enfant. Le rôle de la puéricultrice à ce moment-là consiste à : expliquer le fonctionnement du service, détailler le contenu des examens qui seront pratiqués sur l'enfant lors du séjour en maternité, accompagner les parents dans la pratique des soins de base pour s'occuper de leur enfant (changer une couche, l'allaitement qu'il soit maternel ou artificiel...) Dans cette situation nous accueillons deux jeunes parents, présents pour la naissance de leur premier enfant. En discutant un petit peu avec eux nous nous apercevons qu'ils sont assez stressés de ne pas savoir comment gérer leur nouveau-né. Ils indiquent : « nous ne connaissons rien sur les bébés ». Nous avons donc pris le temps de les rassurer, de leur confirmer notre présence afin de réduire leurs angoisses. À l'examen clinique, l'enfant ne présentait aucune malformation. La mère souhaitait procurer un allaitement maternel à son enfant et avait réalisé une tété d'accueil à la naissance. Deux heures après sa venue au monde, l'enfant n'a pas demandé à reprendre le sein. Nous précisons aux parents que dans les premières heures de vie de l'enfant, celui-ci étant fatigué de l'accouchement, l'allaitement n'est pas forcément sa priorité. Compte tenu de l'inquiétude des parents face à la peur de 'mal faire' je me suis rapprochée d'eux au fil de la journée pour les accompagner. J'ai pris le temps d'expliquer le fonctionnement de l'allaitement à la mère en précisant que durant les 3 premiers jours de vie l'enfant ne boit de grosse quantité de lait. Sachant que la montée de lait se fait seulement au bout de trois jours environ, les premiers jours c'est seulement du colostrum (liquide épais, crémeux et jaunâtre) qui émane du sein maternel avant la montée du lait. Pendant la journée la maman m'a sollicité à plusieurs reprises afin que je l'accompagne dans la mise au sein. L'enfant n'est pas forcément régulier, il présente des difficultés à prendre

le sein mais rien de bien inquiétant au vu de ses premières heures de vie. Le lendemain, soit à un jour de vie l'enfant, celui-ci peut recevoir son premier bain. Je me charge alors de présenter aux parents les soins des yeux, du nez, du visage puis je leur propose de réaliser un bain enveloppé. Ne se sentant pas capables de reproduire mes indications, les parents me demandent de le réaliser le premier bain à leur place afin qu'ils puissent observer mes gestes. J'accepte et, une fois le bain effectué, je propose à la mère de récupérer l'enfant en peau à peau. En maternité nous favorisons énormément la peau à peau car il favorise la montée de lait chez la mère et permet de réguler la glycémie ainsi que la température de l'enfant. Après le bain l'enfant n'arrive pas à réguler sa température, il était à 36°C. Je le maintiens alors en peau à peau environ deux heures avec sa mère et à mon retour sa température était remontée à 36.8°C. Dans la journée l'allaitement était plus efficace que la veille, l'enfant a un peu uriné et eu des selles, ce qui confirme l'alimentation. Au cours de la journée j'ai senti les parents plus à l'aise avec l'enfant et avec moi-même. Malgré le peu de temps passé avec cette famille, et en dépit de mon statut d'étudiante infirmière, la relation avec les parents s'est consolidée pour devenir ensuite plus familière. Je sens se tisser une relation de confiance à mon égard, les parents sont attentifs à mes conseils pour la prise en charge de leur enfant, ce qui facilite alors mon approche. Nous sommes le troisième jour de l'arrivée de l'enfant dans le service et donc le deuxième jour de vie. La puéricultrice de nuit nous annonce à la relève du matin que l'enfant a eu de grosses difficultés à prendre le sein pendant la nuit, qu'il était somnolent et très difficilement réveillable. Nous démarrons alors la journée après la relève et nous nous dirigeons dans la chambre afin de voir comment l'enfant se comporte et comment les parents se sentent. Nous arrivons dans la chambre, la mère est énormément fatiguée et perturbée par l'état de son enfant. Elle ne sait pas comment gérer, ni comment réussir à bien alimenter son enfant sachant que celui-ci n'est pas réceptif. Nous prenons l'enfant pour réaliser l'examen auditif qui s'effectue sur chaque nouveau-né à leur deuxième jour de vie et en prenant l'enfant nous remarquons la présence de deux bosses au niveau du crâne qui n'étaient pas présentes à son arrivée dans le service. Nous contactons directement le pédiatre tout en essayant de ne pas trop inquiéter les parents présents face à nous. Le pédiatre réalise alors un examen clinique et décide de programmer une échographie transfontanellaire (ETF) en service de néonatalogie. L'échographie transfontanellaire (ETF) permet l'exploration morphologique et vasculaire du contenu intracrânien tant que la fontanelle antérieure est perméable chez le nourrisson. Il s'agit d'une technologie fiable pour le dépistage des hémorragies. L'ETF révèle la présence de deux

hématomes sous durax. Un Hématome Sous Dural (HSD) est une hémorragie située entre deux méninges causées par la rupture d'un vaisseau sanguin. Cette anomalie est très fréquente chez les nouveau-nés et peut provoquer des troubles convulsifs. Dans la majorité des cas, les nouveau-nés ne présentent aucun symptôme à la naissance. Les parents présents lors de l'examen sont anéantis face à cette annonce. Le pédiatre décide pour donner suite à ce diagnostic d'hospitaliser l'enfant en service de néonatalogie afin d'avoir une surveillance au plus proche de l'enfant. À la suite de ce changement de prise en charge brutal, la mère troublée, se met à pleurer ne connaissant pas réellement la pathologie de son enfant et exprime son mal être après l'annonce d'hospitalisation en service de néonatalogie. Elle dit : « comment je vais faire ? Je ne vais pas pouvoir rester toute la nuit avec mon fils ? je ne peux pas le laisser seul ». Mes émotions se sont chamboulées face à cette situation. Je me suis sentie totalement impuissante face à la détresse des parents. J'éprouvais beaucoup de peine pour cette famille, plongée soudainement dans l'incertitude. Également, je ressentais beaucoup d'inquiétude pour l'enfant. Celui-ci était amorphe. Son état de santé m'a bouleversé. Je ne savais pas à ce stade, comment celui-ci allait réagir face à son hématome. Allait-il avoir des séquelles ? ou des complications ? J'étais envahie de tristesse pour ce nourrisson.

Malgré ma confusion, et le fait d'éprouver plusieurs sentiments inconfortables, je me vois dans l'obligation de quitter les parents avec cette difficile nouvelle. Je remets l'enfant aux mains d'autres soignants et je retourne dans le service de maternité afin de reprendre le cours de ma journée et m'occuper des autres nouveau-nés qui eux aussi ont besoin de ma présence.

2 Questionnement

2.1 L'enfant

En quoi, la prise en charge d'un enfant en service de pédiatrie est-elle différente de la prise en charge de personnes adultes ?

Sur la forme, les techniques de prise en charge d'enfants semblent être identiques à celles déployées dans les services dédiés aux personnes adultes. Quel que soit l'âge de nos patients, nous avons pour mission de dispenser des soins de nature préventive, curative ou palliative visant à promouvoir, maintenir et restaurer la santé. Dans le fond, je trouve qu'en service de pédiatrie l'approche de prise en charge de l'enfant est sensiblement différente. Les enfants de 0 à 15ans sont de plus petite taille, ils sont donc considérés comme « fragiles ». En tant que soignante cette particularité, occasionne davantage d'appréhension pour effectuer les soins. Également, du fait de leurs jeunes âges, les relations que nous tissons avec les enfants sont plus familières. Il est nécessaire d'instaurer une relation de confiance avec l'enfant pour assurer sa bonne prise en charge. Cependant, cette relation de confiance peut rapidement se transformer en relation fusionnelle, ce qui nous donne plus de difficultés pour nous séparer ensuite d'un enfant pris en soins.

Le livre « *Les enfants dans les livres.* » de ROBERT-MAYAZE,C., MIEYAA,Y., BEAUMATIN,A., ROUYER,V, aborde la question du regard porté sur l'enfant. Jusqu'à il y a encore eu de temps l'enfant été peu considéré, ses paroles peu écoutées par les adultes. Avec l'évolution de la Société, l'enfant commence à exister non plus comme un objet mais comme une personne à part entière. L'arrivée des moyens de contraception ont permis à l'enfant de "devenir voulu", désiré et planifié par un couple. L'enfant devient un élément fondateur de la famille. Ce changement socioculturel autour de l'enfant va le faire naître en tant que personnage social. En 1924, la société des nations adopte la Déclaration de Genève qui reconnaît et affirme pour la première fois l'existence de droits spécifiques aux enfants, mais surtout la responsabilité des adultes à leur égard. Elle affirme que « l'humanité doit donner à l'enfant ce qu'elle a de meilleur ». La charte Européenne de l'enfant hospitalisé a été adoptée par le parlement Européen le 13 mai 1986. Elle permet d'accentuer grâce à la loi numéro 4 le fait que : « les enfants ont le droit de recevoir une information sur la maladie et les soins adaptée à leur âge et leur compréhension, afin de participer aux décisions les concernant ». En effet selon l'article du livre « *Le patient mineur et les consentements à recueillir* » de YOUKouben, K., il est

expliqué que l'enfant a le droit de participer à l'annonce de diagnostic et de donner son consentement. Certes les éléments sont souvent adaptés et exprimés de manière différentes en fonction de la tranche d'âge mais cela prouve la place de l'enfant et des droits qu'il possède lorsqu'il est à l'hôpital.

Ici, avec cette situation je me suis rendue compte à quel point il est difficile en tant que soignant d'assister à l'état de santé d'un enfant qui se détériore. Le fait de remettre l'enfant à un autre service car il est en danger peut nous affecter car nous perdons en visibilité sur son devenir et son potentiel développement. Dans cette situation je ne sais pas comment l'enfant va gérer son hématome au vu de son petit âge, si cela va lui provoquer des séquelles pouvant altérer sa qualité de vie future.

2.2 La relation

En quoi la relation parents-enfants-soignant est-elle essentielle en pédiatrie ?

Selon-moi, la relation parents-enfant-soignant présente des avantages comme des inconvénients. Il est nécessaire que les parents soient présents dans la prise en soin de l'enfant car ce sont les personnes fondatrices de leur bon développement. Les parents sont des figures de confiance pour l'enfant ce qui permet au soignant de se rattacher à eux pour que l'enfant puisse leur faire confiance également. Les enfants pris en charge n'étant pas majeurs il est important d'intégrer les parents dans toutes décisions, pour tout soin à réaliser. Il est donc essentiel pour une bonne prise en charge que la personne référente soit présente. Néanmoins la présence de parents stressés, anxieux, apeurés par ce que leur enfant peut subir peut présenter une difficulté en plus à gérer par le soignant. Bien que le soignant ne doive pas juger il est difficile d'intégrer les parents dans le soin lorsque nous connaissons les situations de vie des familles difficiles et non adéquates pour le bon développement de l'enfant.

En effet comme le dit DEROME, M. dans « *Accompagner l'enfant hospitalisé* » la prise en charge dans un service de réanimation pédiatrique où ils voient leur enfant avec des branchements, des tuyaux, des surveillances rapprochées cela peut être un choc. Ils se retrouvent séparés de leur enfant ce qui peut les laisser croire qu'ils ne sont plus maîtres du développement de leur enfant. De plus selon le livre : « *Comprendre l'enfant malade.* » de JOUSSELME, C. la place de la maladie est un double traumatisme d'une part pour l'enfant et d'une autre part pour ses parents. La maladie provoque un changement brutal pour la famille,

les deux parties, enfant et parents, sont placés dans une insécurité, elle intensifie les mécanismes de défenses de chacun. La première réaction visible, bien que chaque famille présente des personnalités différentes, est l'angoisse parentale. Cette angoisse est d'autant plus forte si le pronostic vital de l'enfant est engagé ou les risques de séquelles handicapantes. L'angoisse s'accroît quand la maladie en cause représente un statut social dévalorisant, et, où, entraîne des séparations obligatoires alors que l'enfant est très jeune.

Ici dans cette situation les parents étaient bienveillants, à l'écoute des changements présents chez l'enfant ce qui leur a permis de créer un lien d'attachement. Lors de l'annonce cela les a bouleversés car ils ne connaissaient pas la pathologie de leur enfant. Néanmoins au vu de la confiance qu'ils ont pu créer avec moi je savais qu'ils allaient accompagner tout au long de l'hospitalisation leur enfant pour qu'il se rétablisse et qu'il se sente le plus entouré possible.

2.3 Les émotions

Comment le soignant, arrive-t-il à gérer ses émotions pour garder une posture professionnelle correcte ?

Selon moi, il existe deux catégories d'émotions : elles peuvent être agréables ou désagréables. Elles jouent un rôle important car elles modifient le comportement de l'individu qui les ressent. Les émotions peuvent être ressenties chez la personne en face car elles sont communicatives grâce aux expressions faciales. Dans le soin il est nécessaire que le soignant ressente des émotions car elles permettent de fonder une relation d'empathie et de reconnaissance avec le soigné. Néanmoins il me paraît essentiel de ne pas montrer toutes nos émotions car cela peut modifier l'alliance thérapeutique. Il est primordial à mon sens, que tout soignant travaille sur ses propres émotions afin qu'elles soient gérées dans certaines situations. Certaines situations vécues peuvent nous amener à la confrontation de nos propres souffrances.

Selon l'article « *L'intelligence émotionnelle au cœur de la formation initiale.* » de DUDOUS, L., GORLIER, E., PAPAS, A. : « La difficulté survient dans la relation quand le soignant n'a pas la capacité d'accueillir les émotions de l'autre et de gérer les siennes ». Selon les auteurs de l'article, il n'a pas de soin, s'il n'a pas d'émotion. Cependant il est nécessaire de se connaître pour prendre conscience et réussir à gérer nos émotions. L'IFSI (Institut de Formation en Soins Infirmiers) nous pousse à développer notre intelligence émotionnelle car nous sommes les acteurs principaux. Lors des différents apprentissages, les stages nous arrivons à gérer et

accueillir les émotions des patients. Ils citent également GOLEMAN avec ses cinq composantes de l'intelligence émotionnelle c'est-à-dire : la maîtrise de soi, la motivation, l'empathie et les aptitudes humaines qui sont toutes nécessaires pour instaurer une relation d'aide.

L'article « *l'intelligence émotionnelle en situation de crise* » de DUARTE A.P. évoque le fait que la gestion des émotions en situation d'urgence est difficile à gérer pour le soignant et nécessite une bonne connaissance de soi, de ses limites personnelles afin de gérer ses émotions et notamment du stress. Au vu de la surcharge mentale de ses situations cela peut nuire à la santé mentale du soignant. Elle met donc en lui la notion de « juste distance » afin d'éviter de porter une importance au patient qui pourrait modifier la prise en charge. Il est également judicieux pour le soignant d'exprimer son vécu et de travailler dessus pour se détacher petit-à-petit de la situation difficile.

Dans cette situation, je n'ai pas su réellement gérer mes émotions face à la détresse des parents. Plus tôt que de rester détachée, je me suis placée dans la peau des parents. Ce schéma m'a complètement déstabilisé.

2.4 La posture professionnelle

En quoi la prise en charge d'un enfant peut-elle altérer la posture professionnelle ?

Selon moi dans la prise en charge d'un patient en général, il est essentiel qu'en tant que soignant, nous gardons une distance professionnelle avec celui-ci, au risque de modifier notre prise en charge. Dans la prise en charge en pédiatrie la notion de distance professionnelle est compliquée à conserver car l'approche avec l'enfant est différente. En effet lorsque nous prenons en soin un enfant il y a le côté ludique qui prime, nous sommes plus proche afin de le rassurer, et qu'il se sente entouré. Cependant il est important de garder une distance professionnelle afin que la relation ne soit pas propice à un attachement qui viendrait modifier notre prise en charge. Pour commencer j'ai lu l'article : « *les relations interpersonnelles avec la personne soignée et la notion de juste distance.* » de MICHON,F. Dans cet article l'auteure présente les différentes notions très souvent présentes dans le soin comme la « proxémie », la « connaissance de soi » et la « juste distance ». Elle évoque le fait qu'être dans la juste distance lors de soins requiert une part de connaissance du soignant. MICHON.F indique qu'il est indispensable pour le soignant de développer une intelligence émotionnelle : Ne pas « bloquer » ses émotions mais rester soi-même afin d'instaurer une relation chaleureuse et bienveillante à l'égard du patient.

Pour mieux comprendre la posture professionnelle adaptée à l'enfant j'ai lu : « *Trouver la juste distance relationnelle entre enfant soigné et soignant* » de DUBRULLE, A., WANQUET-THIBAUT, P. Cet article révèle que lorsque la pathologie d'un enfant nécessite des hospitalisations à long terme il se peut qu'une rupture se produise entre celui-ci et ses parents. Dans ce cas-là l'enfant recherche alors un lien auprès des soignants qui lui fournissent des soins, des réponses à ses besoins. Il est nécessaire que les soignants mettent en place une "juste distance relationnelle" avec les enfants hospitalisés pour pallier les conséquences de la création d'un lien d'attachement.

Cette situation a suscité en moi beaucoup de réflexions et de questionnements autour de l'organisation des soins en pédiatrie, le rôle du soignant, la compatibilité professionnelle.

C'est pourquoi, ma question de départ est :

« En quoi les émotions du soignant peuvent-elles impacter la qualité de la prise en soin d'un enfant ? »

3 Cadre de référence

3.1 L'enfant

« Vous êtes plus fort que vous ne le pensez, plus courageux que vous ne le semblez, et plus intelligent que vous ne le croyez ». Cette citation utilisée de façon courante n'est certes pas adressée directement à l'enfant mais selon-moi elle peut lui correspondre. En effet, l'enfant est un être cher dans notre société, qui malheureusement n'échappe pas à la maladie. Les enfants sont capables de nous stupéfier avec leurs forces physiques ainsi qu'émotionnelles. Malgré leurs maladies, nombreux sont ceux qui gardent le sourire, l'espoir et une persévérance inébranlable dans leur combat.

3.1.1 Définition de l'enfant

Les travaux de recherches sur la définition de "l'Enfant", ses besoins et ses droits sont nombreux et ont évolué au fil des siècles. Dans son ouvrage publié en 1960 : « *L'enfant et la vie familiale sous l'ancien régime* » P. ARIES consacre son étude sur la vision de l'enfant et sur la position qu'adoptent les adultes face aux enfants. L'auteur explique que durant le moyen âge, dès l'âge de sept ans les enfants étaient considérés comme des adultes. Puis au XVIIème et XVIIIème siècle un changement s'est produit dans la vision de l'enfant et de leur éducation. L'enfant n'était alors plus comparé à un adulte, mais comme un être avec ses propres caractéristiques permettant un nouveau lien de famille structuré. Au XIXème siècle le professeur d'un collège, ERNEST LEGOUVE a énoncé : « *Les enfants occupent aujourd'hui une place beaucoup plus grande dans la famille : on vit plus avec eux, on vit plus pour eux ; soit redoublement de prévoyance et de tendresse, soit faiblesse et relâchement d'autorité, on s'occupe plus de leur santé, on surveille plus leur éducation, on songe plus à leur bien-être, on écoute plus leur opinion. Ils sont presque devenus les personnages principaux de la maison* ». La prise de conscience des besoins des enfants a conduit à l'émergence d'un mouvement visant à améliorer leur protection. En 1924, la Déclaration de Genève adopte les droits de l'enfant rédigés par Eglantyne Jebb. En 1946, l'UNICEF qui est le fond des nations unies pour l'enfant se crée pour protéger les enfants les plus dévalorisés et préserver leurs droits. En 1959, l'assemblée générale des Nations Unies instaure le droit de l'enfant à l'éducation, au jeu, à un milieu favorable et à des soins de santé. En 1985, les Nations Unies énoncent les principes d'un système judiciaire destiné à favoriser le bien-être de l'enfant en garantissant des programmes éducatifs, des services sociaux et un traitement équitable pour les enfants en détention. Enfin,

en 1989, l'Assemblée Générale des Nations Unies adopte la convention Internationale des Droits de l'Enfant (CIDE). Son premier article définit l'enfant comme : « tout être humain âgé de moins de dix-huit ans, sauf si la majorité est atteinte plus tôt en vertu de la législation qui lui est applicable ». Cette convention met en avant quatre principes concernant les enfants : la non-discrimination, l'intérêt supérieur de l'enfant, le droit de vivre, survivre et se développer dans le respect de ses opinions. Le texte précise que chaque enfant doit « *jouir du meilleur état de santé possible* » (article 24).

3.1.2 Le développement de l'enfant

Le développement de l'enfant est décrit comme : « *l'ensemble des phénomènes qui participent à la transformation progressive de l'être humain de la conception à l'âge adulte. Le développement révèle de deux phénomènes : d'une part la croissance en poids et en taille, d'autre part la maturation, c'est-à-dire le perfectionnement des structures (dents) et des fonctions (neuromotrice, sexuelle)* ». Pour étudier le développement de l'enfant je me suis aidée du livre : « *Comprendre l'enfant malade* » de JOUSSELME, C. L'enfant se développe psychiquement avec 2 types de développement. Le développement cognitif puis le développement affectif.

Pour comprendre le développement affectif de l'enfant, S. FREUD, fondateur de la psychanalyse, étudie l'évolution de l'enfant selon les différents stades par lesquels il passe. En premier lieu le stade oral de 0 à 12/18 mois. Selon lui, les enfants développent dès la naissance un plaisir intense au niveau de la bouche, induit par l'allaitement et par la période où l'enfant explore ce monde nouveau en mettant les objets à la bouche. A ce stade, une relation « duelle » se forme. En effet, une relation entre la mère et son enfant se crée lors de l'allaitement ne laissant nul autre personne entrer. Le stade anal intervient de 13 mois à 3 ans. L'anus devient la zone érogène de l'enfant. Effectivement c'est la période où l'enfant trouve du plaisir et de la satisfaction dans le contrôle de l'élimination des selles. Un rôle important pour les parents, qui doivent s'adapter au rythme de l'enfant, être bienveillants et valorisants. De 3 à 5ans, S. FREUD présente le stade phallique œdipien qui engendre des situations de conflits liés à la sexualité et l'identité de genre. Durant cette période, l'enfant se définit une représentation de la sexualité génitale et se crée une nouvelle place au sein de la famille. Pour ce stade S. FREUD évoque : le complexe d'Œdipe. Ce concept psychanalytique, explique que souvent l'enfant de sexe

masculin éprouve un désir intense pour sa mère, ce qui peut engendrer un sentiment de rivalité avec son père. Pour les filles néanmoins, elles ressentent de l'envie auprès du père (complexe de castration) et du désir auprès de leur mère. Au-delà les conflits que génère le complexe d'Œdipe au sein de la famille, ce stade permet en outre chez l'enfant, de caractériser son désir sexuel et d'intégrer le tabou de l'inceste qui se réfère à une interdiction sociale des relations sexuelles ou amoureuses avec les membres de sa famille. Ensuite, une phase de latence se produit de 5 à 12 ans. Cette phase permet généralement à l'enfant d'avoir moins de désirs sexuels ce qui laisse place à l'apprentissage (entrée au CP). Néanmoins si l'enfant reste bloqué dans la phase précédente c'est-à-dire dans ses questionnements, son excitation sexuelle, celui-ci va présenter des complications d'apprentissages scolaire voir développer des signes névrotiques. Puis pour finir l'adolescence. Cette étape se déroule de 11/12 ans jusqu'après laissant place au phénomène biologique de puberté permettant de réaliser leurs désirs sexuels. Le corps changeant à ce stade peut engendrer des angoisses, des difficultés relationnelles. L'enfant va s'autonomiser et s'éloigner de ses parents en les désidéalisant. Le rôle de chacun des parents est de se sentir assez suffisant, avec un couple solide et capable de poser des limites pour endurer les attaques de leur enfant qui sont nécessaires pour son développement.

M. KLEIN, psychanalyste anglaise, a défini dans sa théorie que le jeune enfant traverse deux périodes essentielles. La position schizo-paranoïde de 0 à 8 mois. Elle décrit l'enfant dans cette période comme dominé par l'angoisse en visionnant le monde avec des bons ou mauvais objets. La position qui suit est celle de la position dépressive à partir de 8 mois. L'enfant réalise que le bon et le mauvais objet forment qu'une seule entité. Il craint donc pour l'objet. La mère a donc une place très importante de réassurance auprès de l'enfant. Si ce n'est pas le cas alors l'enfant peut ressentir des angoisses de perte, d'abandon. De 4 à 12 mois se met en place l'objet transitionnel. Un objet donné à l'enfant afin qu'il se détache de sa mère. Cet objet porte l'odeur de sa mère, une partie de l'enfant (il le tète, il laisse son odeur dessus) et puis malgré cela il reste du monde extérieur. Cet objet permet à l'enfant de pouvoir être sans sa mère, de gérer ses colères, ses peurs, tout en pouvant le gouverner. Il est donc nécessaire de ne pas le changer, laver ou encore de le perdre.

Le développement cognitif a été étudié par J. PIAGET, un psychologue suisse qui a analysé la pensée de l'enfant au cours de différents stades. Il explique ces stades avec trois mécanismes : l'adaptation, qu'il met en place dans l'environnement extérieur, l'assimilation qui permet à l'enfant d'assimiler de nouvelles composantes (généralement à l'aide de l'imitation) et puis

l'accommodation, en fonction du monde extérieur lui permettant de se confondre au mieux. Tout d'abord, de 0 à 18 mois l'enfant est dans le stade de l'intelligence sensiro-motrice. L'enfant réagit à l'aide de ses sens et de ses mouvements. Il agit en fonction de ce qu'il voit. De 3 à 8 ans c'est le stade de la pensée opératoire qui est divisée en deux étapes. En premier lieu, de 3 à 4 ans, la pensée de l'enfant comprend 3 mécanismes : la pensée animiste (toutes les choses sont vivantes), la pensée finaliste (il y a une raison à tout) et la pensée orientée par un seul point de vue (la pensée n'est pas forcément juste). Et en deuxième lieu, de 4 à 8 ans la pensée est intuitive. A cet âge, tous les paramètres qui rentrent en jeu ne peuvent pas pris en compte pour la pensée. Ensuite le stade des opérations concrètes, de 7 à 11ans. Les réponses sont plus logiques et plus fines. En effet, ils comprennent le phénomène de conservation (bien que la forme diffère, la quantité peut rester la même). Et pour finir, à partir de 12 ans l'enfant est dans le stade de la pensée formelle. L'enfant est capable de poser des hypothèses, de répondre aux questionnements de façon correcte et de faire des conclusions. Le développement de l'enfant est complexe cependant des relations sécurisantes permettent à l'enfant de se créer des bases sûres pour se confronter au monde extérieur.

3.1.3 Les besoins de l'enfant

Comme le dit STEPHEN KING : « *On connaît mieux un homme quand on connaît ses besoins* ». En effet pour prendre en charge un enfant il est nécessaire de s'orienter au plus proche de lui et en conséquence de ses besoins. Le besoin est défini selon le dictionnaire Larousse comme : « une exigence née d'un sentiment de manque, de privation de quelque chose qui est nécessaire à la vie organique. ».

Le psychologue ABRAHAM MASLOW a étudié dans les années 1940, les besoins qui doivent être satisfait à l'aide des comportements d'individus. Cette étude a permis d'établir une « pyramide des besoins » souvent appelée « hiérarchie des besoins ». On retrouve dans celle-ci cinq besoins fondamentaux. Tout en bas de la pyramide se trouve les besoins physiologiques comme boire, manger, dormir etc. qui sont en effet des besoins nécessaires pour vivre. Ensuite nous trouvons les besoins de sécurité avec le besoin d'un environnement serein pour se protéger des menaces physiques et/ou émotionnelles. Puis nous avons les besoins d'appartenance et d'amour avec le besoin d'affection des autres pour créer des relations et de ressentir un soutien. Vient ensuite le besoin d'estime avec la confiance en soi et la reconnaissance par les autres permettant de sentir considéré. Et pour finir, au sommet, de la pyramide se trouve le besoin

d'accomplissement de soi. Qui peut se traduire par la réalisation de ses projets, de ses objectifs. Tous ses besoins se reflètent aux besoins nécessaires pour le développement de l'enfant énoncés dans la partie précédente.

Le psychologue britannique D. WINNICOTT expérimente le concept de la « *mère suffisamment bonne* ». Ce dernier préconise que la mère donne à son enfant tout en le laissant découvrir ses propres besoins. Pour cela il explique l'importance de laisser de la frustration et du manque c'est-à-dire de ne pas répondre directement à toutes ses demandes. Cependant laisser l'enfant sans réponse à ses besoins (alors un environnement pas suffisamment bon) ne pourrait pas lui permettre un développement juste. Pour satisfaire ses besoins il est alors nécessaire que l'enfant évolue dans un environnement favorable à sa croissance.

Dans les années 70, le pédiatre américain THOMAS BERRY BRAZELTON, approfondi la compréhension du comportement du nouveau-né afin de favoriser son meilleur développement. À la suite de son étude, une échelle : l'échelle de Brazelton fut éditée en 1973 pour évaluer le nouveau-né et permettre aux mères de comprendre les comportements caractéristiques et l'habileté d'interaction sociale de leur enfant. Cet outil a alors permis d'améliorer la qualité d'interactions mère-enfant.

3.1.4 L'enfant hospitalisé

L'hospitalisation est définie selon le dictionnaire Larousse comme : « *admission et séjour dans un hôpital* ». L'enfant qui vit jusqu'alors avec des personnes qui lui sont familières, se retrouve plongé dans un milieu aux visages inconnus pouvant générer chez lui un changement brutal, stressant et inquiétant. L'hospitalisation n'est pas seulement une source d'angoisse pour l'enfant mais également pour ses parents. La Charte Européenne des Droits de l'Enfant Hospitalisé indique que « *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.* ».

L'article « *Bien s'installer lors d'un soin (enfant, parent, soignants) pour être confortable et efficace* » de GALLAND, F., cofondatrice et directrice de l'association SPARADRAP précise à chaque intervenant prenant en soin l'enfant comment bien s'installer lors de sa prise en charge. L'article énumère les principaux points à anticiper avant le soin d'un enfant. Tout d'abord, l'information au préalable de l'enfant et de ses parents. L'auteure explique ici, qu'en effet, il

est essentiel de prévenir les parents mais également l'enfant sur les soins qu'ils vont lui être prodigués.

En parallèle, la loi 4, de la Charte Européenne des Droits de l'Enfant Hospitalisé rappelle que : « *Les enfants et leurs parents ont le droit de recevoir une information sur la maladie et les soins, adaptée à leur âge et leur compréhension, afin de participer aux décisions les concernant.* ». Ensuite, le deuxième point d'anticipation abordé dans l'article, concerne les moyens antalgiques. Lors de la prise en charge de l'enfant, la notion de gestion de la douleur est primordiale. Il est indiqué que des protocoles ont été réalisés par les établissements de santé afin de préparer à l'avance un soin pour prévenir la douleur. F. GALLAND met en évidence l'importance des prémédications en amont, ou même l'importance de retarder un soin si l'enfant est trop anxieux. Cela va de sens avec le prochain point, que sont les moyens de distraction. Il est préconisé de distraire l'enfant en fonction de son âge avant la réalisation du soin. Enfin, il est fortement conseillé de maintenir de l'enfant afin de s'assurer qu'il ne bouge pas lors de la réalisation du soin. Il est nécessaire de prévenir un soignant pour qu'il nous accompagne. Les parents peuvent également intervenir dans le maintien de l'enfant si ces derniers se sentent capables d'assister aux soins. Sinon les parents pourront être mis à contribution pour distraire leur enfant. Il est également précisé dans l'article, qu'il ne faut pas maintenir l'ensemble des membres de l'enfant ce qui pourrait le stresser d'autant plus mais simplement de maintenir le membre où le soin va se faire. Dans le cas où l'enfant montrerait trop d'anxiété avec cette « contention » et malgré les moyens de détournement, le soin devra être si possible réalisé ultérieurement.

Compte tenu du caractère inquiétant lié à la maladie, les parents rencontrent souvent des difficultés pour trouver leur place lors de l'hospitalisation de leur enfant. L'article de F. GALLAND représente un très bon guide pour orienter les parents lors des soins. Tout d'abord, pour qu'ils se sentent inclus il est important de proposer aux parents d'être présents même si finalement ils ne se sentent pas capable de l'être. Les soignants peuvent toujours intervenir pour les rassurer, leur conseiller de ne pas regarder directement les gestes de soin mais simplement de distraire leur enfant.

L'explication des consignes d'asepsie et de sécurité aux parents et à l'enfant en âge de comprendre est primordiale avant la réalisation des soins. En effet comme le dit l'auteure : « *les choses à ne pas faire peuvent être évidentes pour les soignants mais pas pour les parents ou*

l'enfant ! ». En étant que soignants, nous avons pour obligation de connaître les règles à respecter dans les Hôpitaux. Cette connaissance n'est pas innée, elle a fait l'objet de plusieurs jours voire d'années d'apprentissage. Notre mission est alors, entre autres, de décliner ses règles aux parents, y compris si celles-ci paraissent compliquées. Selon moi, et comme le sous-entend cet article, le soignant qui exerce en pédiatrie se doit de s'adapter à l'enfant mais également à sa famille pour réussir une prise en charge globale.

3.2 Les émotions

Comme le dit Charles BAUDELAIRE : « *Les émotions les plus belles sont celles que tu ne sais pas expliquer* ». Les émotions sont les éléments constitutifs de notre bien-être. Elles influencent nos pensées, nos actions, nos relations et façonnent notre perception du monde qui nous entoure. En tant que soignant nous avons l'intention de bien faire et d'aider toutes les personnes qui nous entourent. Lors de la mise en place d'une prise en soin, il est légitime de ressentir des émotions, d'être empathique envers la personne que nous prenons en soin. Nous partageons des discussions, des moments de vie parfois forts et difficiles à gérer, ce qui laisse place à une relation de confiance entre le soignant et le soigné et/ou sa famille.

3.2.1 Définition : les émotions

Selon le dictionnaire Larousse les émotions sont, je cite : « *Réaction affective transitoire d'assez grande intensité, habituellement provoquée par une stimulation venue de l'environnement* ». À la suite de cette définition on comprend que les émotions surviennent dans notre quotidien à l'aide d'éléments déclencheurs.

Le sujet des émotions est traité dans de très nombreuses études. Le livre de CHRISTOPHE, V : « *Les émotions.* » reprend les théories néo-darwiniennes. En effet en 1872, DARWIN réalise la première classification des émotions avec l'étude de la fonction communicative des émotions. Il capte les expressions faciales de différentes espèces animales par le biais de photographie. Pour lui les émotions humaines reflètent des comportements complexes des animaux. Il reprend trois principes qui ont dirigé les émotions, je cite : « *1. Les habitudes associées (les expressions émotionnelles sont à l'origine des actes utilitaires qui rempliraient une fonction adaptative par rapport à l'environnement), 2. L'antithèse les états émotionnels sont souvent caractérisés par des manifestations motrices antagonistes) et 3. l'action direct sur le cerveau (effet de « débordement » et de dérivation de la force nerveuse engendrée par la stimulation)* ».

En 1999, c'est le psychologue américain EKMAN, P qui étudie les émotions de bases ou dites « primaires ». Il affirme qu'il en existe six retrouvées dans différentes cultures : la joie, la surprise, la peur, la colère, le dégoût et la tristesse. Il remarque que chaque émotion regroupe une propriété universelle traduit par une expression faciale bien représentative. Par exemple il représente la joie, je cite : « *la joie se traduit par la montée des coins de la bouche (contraction*

des zygomatiques) ainsi que par une montée des joues qui provoque un plissement au coin des yeux (contraction de l'orbiculaires oculi). »

Selon l'ouvrage : « *Les émotions.* » de DANTZER, R., différentes émotions existent, les dites positives ou agréables, par exemple je cite : « *accompagnent la survenue ou l'anticipation d'évènements gratifiants* » et les émotions désagréables ou négatives qui elles, je cite : « *sont associées à l'expérience de la douleur, du danger ou de la punition* ». Dans cet ouvrage il est expliqué que les émotions sont ressenties intérieurement ainsi que chez les autres. Il est possible de distinguer trois types de classifications des émotions je cite : « *Les émotions fondamentales qui sont simplement réaction à un évènement extérieur réel ou imaginaire, les émotions dérivées qui sont fondées sur l'émotion engendrée par l'image que l'on a de la conscience de l'autre et les émotions tierces qui naissent de la conscience de soi face au regard de l'autre.* » L'auteur énonce différentes fonctions, notamment en premier lieu un rôle organisateur qui permet de motiver nos actions.

Imaginons que nous, soignants, classions les émotions à un soin : agréable pour tous les soins de cocooning et désagréables pour l'annonce d'une maladie aux parents par exemple. Le fait de préparer notre soin, d'un point de vue agréable ou désagréable pourrait modifier la nature et le déroulé de la prise en soin.

On a également pu voir que les émotions ont une fonction de valeur de signal. En effet, les émotions sont généralement exprimées, ce qui nous permet d'avoir accès aux émotions du moment de chacun. Néanmoins, lorsque nous savons comment se sent un patient ou sa famille cela peut créer des freins sur la prise en charge.

3.2.2 L'impact des émotions dans le soin

Comme on a pu le voir précédemment les émotions jouent un rôle quotidien dans la perception de notre vie et impliquent des changements de posture dans notre métier d'infirmiers(ères). L'ouvrage : « *Le travail émotionnel des soignants à l'hôpital* » de Mercadier, C., permet à l'aide d'entretiens et de témoignages d'infirmières, d'appréhender leurs vécues sensoriels et émotionnels dans différents services. Diverses émotions ont été identifiées au cours de soins. La gêne, le dégoût, la honte, l'humiliation lors de la réalisation de certains soins présentant une odeur désagréable ou un soin visuellement peu plaisant. Un focus est réalisé sur la gêne ou la honte liée aux corps. En effet les soignants sont souvent confrontés à la nudité ce qui implique un sentiment d'embarras vis-à-vis du patient. La colère envers les patients est une émotion peu

évoquée dans les entretiens. Pour la plupart des soignants les patients souffrent, alors même si parfois ces derniers sont durs, il est nécessaire de les accompagner et de soulager leur souffrance sans générer de situation d'énerverment supplémentaire. Cependant la colère est souvent exprimée envers les collègues de travail ou encore le système de soins. La peur, elle se fait ressentir dans les hôpitaux plutôt psychiatriques où généralement les soignants appréhendent les réactions que peuvent avoir les patients. Ils ressentent également la peur de faire mal, de faire souffrir davantage par exemple lors de la prise en soin d'un enfant. Puis la tristesse, cette émotion est très habituellement assimilée au décès néanmoins lors de soins l'attache, la relation étant importante il est souvent compliqué de laisser un patient. Pour finir, la joie, la fierté, le plaisir sont rarement impliqués dans la réalisation du soin pourtant ceux-là se font ressentir lorsque des relations se fondent, lors de l'exercice du métier qui nous touche particulièrement. L'impact émotionnel du soignant a un besoin de prise en compte pour un bien-être psychologique.

Malgré des études sur les émotions, « l'épuisement professionnel » est malheureusement très répandu dans nos vies professionnelles. Selon la Haute Autorité de la Santé (HAS), l'épuisement professionnel ou également « Burn Out » se traduit par je cite : « *épuisement physique, émotionnel et mental qui résulte d'un investissement prolongé dans des situations de travail exigeantes sur le plan émotionnel* ». Les facteurs de risques identifiés comme étant liés à l'épuisement professionnel sont notamment : l'intensité et l'organisation du travail excessif, l'exposition importante aux émotions, l'autonomie et la marge de manœuvre, les relations parfois conflictuelles, les conflits de valeurs et l'insécurité de l'emploi. L'HAS reprend également les manifestations cliniques que peut induire l'épuisement professionnelle au niveau de l'émotion comme : l'anxiété, la tristesse, les changements d'humeur ou le manque d'entrain, l'hypersensibilité ou l'absence d'émotion. Au niveau du comportement il peut y avoir un isolement social, un repli sur soi ainsi qu'une diminution de l'empathie. La motivation est également atteinte, en effet il peut y avoir une baisse de la motivation et du moral, des doutes sur ses compétences. Et pour finir au niveau physique il peut y avoir une asthénie, des troubles du sommeil, des céphalées, des vertiges ... Selon FREUDENBERGER, il existe trois stades du syndrome d'épuisement professionnel. En premier lieu, la dimension d'épuisement. Face au stress, la personne se sent vidée, exténuée et incapable de se détendre et de récupérer. En deuxième lieu, la dimension de dépersonnalisation. Le sujet s'implique moins dans son travail, il est distant avec ses collègues et peut mettre en place des mécanismes de défenses. Et en

troisième lieu, la dimension d'inefficacité. La personne perd toute confiance en elle, tous les nouveaux projets sont insurmontables et impossibles à réaliser. Afin d'évaluer l'état de santé des soignants, différentes échelles de graduation ont été réalisées. En 1976, MASLACH, C. établi une grille d'évaluation qui comporte vingt-deux questions pour explorer trois dimensions : l'épuisement professionnel, la déshumanisation et le degré d'accomplissement personnel au travail. Cette évaluation n'a pas de valeur clinique ou juridique cependant elle permet une prise de conscience sur son rapport au travail et les actions à mettre en œuvre pour y remédier. Dans son livre « *Le burn-out des soignants* » DELBROUCK, M., décrit la complexité du soignant pour faire face aux propos ou informations qui lui ont été transmis sur le patient. Le soignant est placé dans une relation de confiance avec le patient mais en même temps celui-ci est tenu au secret professionnel.

3.2.3 La gestion des émotions

Selon le dictionnaire Larousse la gestion est : « *une action ou manière de gérer, d'administrer, de diriger, d'organiser quelque chose* ».

Généralisant de nombreuses études, l'intelligence émotionnelle a été popularisée par le psychologue et auteur GOLEMAN, D dans son livre : « *L'intelligence émotionnelle* ». Il décrit l'intelligence émotionnelle comme : « *la capacité de comprendre et de gérer ses propres émotions et celles d'autrui* ». Tout d'abord, il soutient cette notion avec la conscience de soi qui selon lui consiste à reconnaître et comprendre ses propres émotions à l'instant présent. Cette prise de conscience permet alors de contrôler les réactions émotionnelles qui peuvent nous nuire. Ensuite, il aborde la composante de maîtrise de soi. Celle-ci se résume à contrôler et adapter ses émotions à l'environnement. C'est un processus d'apprentissage qui nous permet de ressentir des émotions diverses, plus ou moins fortes tout en réussissant à ne pas les montrer. Il évoque par la suite la motivation interne qui est la force individuelle qui pousse l'individu à agir de façon autonome grâce à ses propres valeurs et intérêts. Il met en évidence l'importance de favoriser la motivation interne pour contribuer au bien-être émotionnel. Puis il parle de la notion d'empathie. Celle-ci, est souvent définie par « *la capacité à se mettre à la place d'autrui* ». L'être humain est alors capable à la suite d'une situation de réagir en fonction du contexte bien que ça ne l'atteigne pas directement. Pour finir, l'auteur distingue les compétences sociales. Pour lui ce sont les compétences psychologiques de l'individu pour maintenir une relation équilibrée. Toutes ses compétences émotionnelles peuvent être

développées et utilisées dans divers contextes personnels et professionnels et permettent de progresser et prendre du recul sur ses émotions.

Dans son texte : « *L'infirmière peut-elle ressentir des émotions particulières pour un patient ou une patiente ?* » PHANEUF, M. explique qu'en effet les infirmières peuvent ressentir des émotions particulières pour certains patients en raison de différents facteurs tels que la relation qui s'installe, la situation de santé du patient ou également lié à une comparaison d'une situation personnelle. Elle met également en lumière l'importance de la conscience et de la gestion du transfert et du contre-transfert dans la pratique infirmière car ils peuvent influencer la relation et la qualité des soins. Le transfert lui se réfère aux sentiments et aux émotions que le patient projette sur le professionnel de santé. Le contre-transfert quant-à-lui sont les réactions que le professionnel de santé fait ressentir en réponse du transfert du patient. Il est donc essentiel pour les infirmières de comprendre les réactions émotionnelles du patient pour par la suite fournir de meilleurs soins. Elle insiste également sur l'importance de préserver une « juste distance » tout en restant empathique et bienveillante envers le patient pour maintenir des soins de qualité et un rôle professionnel approprié.

Dans son travail : « *Le travail émotionnel et soin infirmier* », LORIOL, M. met en évidence le fait que les infirmières font souvent face à des situations émotionnellement chargées mettant en lien les patients, la famille, les collègues ou les conditions de travail. Il souligne que la gestion et la régulation des émotions est souvent négligée par les soignants, cependant cela est nécessaire pour le bien-être des patients. Selon lui « *on ne gère pas seul ses émotions* ». En effet le fait de retenir, de ne pas libérer ce que l'on ressent lors de moments de parole organisés ou de manière personnelle, peut également engendrer un épuisement professionnel.

3.2.4 Les mécanismes de défense des soignants

Tout d'abord les mécanismes de défense sont des stratégies psychologiques que les individus, y compris les infirmières, mettent en place pour faire face au stress, à l'anxiété ou aux émotions difficiles dans leur travail. Ces moyens que les soignants mettent en place pour « se protéger » peuvent en outre avoir des répercussions sur la qualité de la relation thérapeutique et des soins prodigués.

RUSZNIEWSKI, M. psychologue et psychanalyste identifie dans son ouvrage « *Manuel de soins palliatifs* » les différents mécanismes d'actions mis en place par les soignants :

- La banalisation qu'elle présente comme un évitement de la souffrance morale du patient en se concentrant sur la maladie directe.
- La dérision qui est présentée comme un mécanisme utilisant l'humour face au patient.
- L'esquive ne laissant pas place à un contact relationnel avec le patient
- L'évitement qui consiste aux professionnels d'adopter une attitude d'échappement lorsqu'il est confronté à des situations complexes.
- La fausse réassurance réalisée pour embellir la situation et les examens médicaux, ce qui entraîne de faux espoirs.
- La fuite en avant qui est adoptée lorsque le soignant développe tout son savoir sans laisser de place aux paroles du soigné.
- L'identification projective qui est créée lorsque le soignant identifie ses propres émotions, réactions et pensées à la place de celle du soigné.
- Le mensonge provoqué lorsque le professionnel trompe le patient pour ne pas être confronté à une situation difficile.
- La rationalisation qui est lorsque le professionnel emploie un langage technique et peu accessible pour le patient ce qui rend la communication difficile

CHABROL, H. reprend dans son ouvrage « *Recherche en soins infirmiers* » les mécanismes de défenses ainsi que les processus de coping.

Il aborde les sept différents niveaux des mécanismes de défense :

- Le niveau adaptatif élevé : est une adaptation face aux facteurs de stress en mettant en place des mécanismes défensifs qui permettent de prendre conscience des émotions, des pensées et de leurs répercussions. Ces mécanismes reprennent « *l'anticipation, l'engagement social, l'affirmation de soi, l'altruisme, l'auto-observation, l'humour, la sublimation et la répression* ». Ceux-là se rapprochent des stratégies de coping.
- Le niveau des inhibitions mentales ou de la formation de compromis : consiste en des mécanismes qui maintiennent hors de la conscience des « *idées, souvenirs, désirs ou craintes potentiellement menaçantes* ». Ce mécanisme inclut « *le déplacement, la dissociation, l'intellectualisation, l'isolation de l'affect, la formation réactionnelle, le refoulement et l'annulation* ». En d'autres termes, cette stratégie permet à la personne

de ne pas être conscient de certains aspects de sa propre expérience émotionnelle ou psychologique.

- Le niveau de distorsion mineure de l'image de soi, du corps ou des autres : sont « *la dépréciation, idéalisation, omnipotence* » favorisant l'estime de soi.
- Le niveau de désaveu : reprenant le « *déni, projection, rationalisation* » permettant de maintenir hors de conscience les situations, les émotions.
- Le niveau de distorsion majeure de l'image de soi et des autres : reprend le « *clivage, identification projective, rêverie autistique* » qui réunit des mécanismes de défense qui entraînent une altération significative ou une confusion de la perception de soi et des autres.
- Le niveau de l'agir : comprenant le « *passage à l'acte, retrait apathique, plainte associant demande d'aide et son rejet, agression passive* ». Les individus utilisent des comportements actifs ou passifs contre les situations stressantes ou menaçantes.
- Le niveau de la dysrégulation défensive : interprété par « *projection délirante, déni psychotique, distorsion psychotique* ». Ce mécanisme ne permet pas de maintenir un aspect réaliste et cohérent de la situation ce qui peut entraîner un décalage avec la réalité.

On peut voir que CHABROL, H. reprend les mécanismes de défense de RUZNIEWS et en évoque cependant des nouveaux comme :

- L'anticipation : c'est un mécanisme utilisé pour s'adapter en avance des situations de stress en anticipant les conséquences que cela peut provoquer.
- L'altruisme : c'est un dévouement à l'autre
- La sublimation : est utilisé pour canaliser « *des sentiments ou des impulsions potentiellement inadaptés vers des comportements socialement acceptables* »
- La répression : évitement volontaire du soignant face à une situation difficile, désagréable. Elle est définie par le dictionnaire Le Robert comme : « *un rejet volontaire* ».
- Le déplacement : celui-ci évoque que les personnes utilisent un objet de substitution moins menaçant pour remplacer leur sentiment

- La dissociation : elle permet à une personne de se détacher de la réalité pour se protéger d'expériences stressantes ou traumatiques.
- L'intellectualisation : sert à maîtriser ses affects en se concentrant sur des concepts abstraits ou des généralités.
- L'isolation de l'affect : les émotions sont séparées des pensées ou des souvenirs associées. Ce qui veut dire que la personne peut se souvenir d'événements passés sans ressentir d'émotions.
- La formation réactionnelle : associe des sentiments insupportables à des sentiments contraires
- Le refoulement : considéré comme un mécanisme qui permet de se détacher de nos pensées ce qui limiterai l'impact de nos émotions.
- L'annulation : vise à utiliser des actions pour corriger les actes, les sentiments passés
- La dépréciation : crée des représentations injustes ou négatives des personnes en ayant pour objectif de préserver l'estime de soi.
- Idéalisation : l'auteur explique qu'il existe l'idéalisation névrotique qui vise à réduire la culpabilité envers autrui en les percevant de manière exagérément positive. Et l'idéalisation primitive qui elle crée une image totalement irréaliste.
- Omnipotence : le sujet se sent supérieur aux autres en s'imaginant des aptitudes élevées
- Dénier : c'est un barrage contre certaines situations avec l'ignorance que celui-ci est présent.
- Projection : elle est présentée comme un phénomène qui permet de voir en l'autre ce qu'on refuse de voir chez soi.
- Clivage : il est expliqué que le clivage divise les émotions et les perceptions en compartiments différents ce qui conduit à une vision simple et orientée vers soi.
- Rêverie autistique : le sujet se renferme dans une rêverie diurne, dans son monde intérieur ce qui le laisse se perdre dans ses propres pensées plutôt que de réfléchir à des solutions à ses problèmes.
- Passage à l'acte : le sujet décide de mettre en place des actions plutôt que de réfléchir.

- Retrait apathique : aussi appelé « repli sur soi » présent lors de situations difficiles, stressantes.
- Projection délirante : est « *une projection avec rupture de contact avec la réalité* ». Ce mécanisme met en place des mécanismes psychologiques qui créent une perte de contact avec la réalité pour se protéger (hallucination, idées de persécutions...)
- Dénier psychotique : état qui diminue la capacité à percevoir et comprendre la réalité mais laissant une connaissance totale.
- Distorsion psychotique : déforme la réalité de façon importante pour rentrer dans les désirs ou croyances du sujet.

Lorsque nous parlons de mécanisme de défense, le concept de « coping » est souvent lié car celui-ci a été développé lors de l'étude des mécanismes de défense. En effet, c'est un processus permettant de mettre en place différentes stratégies pour faire face au stress et aux défis de la vie.

Le concept de coping a été étudié par LAZARUS, R et COHEN en 1979 comme : « *les efforts, à la fois orientés vers l'action et intrapsychiques, pour gérer (maîtriser, tolérer, réduire, minimiser) les exigences environnementales et internes, et les conflits entre elles* ». Ces auteurs ont identifié cinq processus de coping : « *La recherche d'information, l'action directe, l'inhibition de l'action, la recherche de soutien social et les processus intrapsychiques* »

La recherche d'informations a pour but de rechercher la cause directe du stress ou des difficultés rencontrées. Cela recherche permet de mieux comprendre la situation et évaluer les options possibles et les meilleures décisions pour gérer ce stress.

L'action directe, quant-à-elle permet de prendre des mesures concrètes et actives pour résoudre la situation. Il est essentiel de déterminer la source du problème avant de mettre en place les actions.

L'inhibition de l'action, a pour objectif de prendre du recul sur la situation pour pouvoir mieux la comprendre et proposer une réponse plus appropriée.

La recherche de soutien social représente la quête de personnes comme des amis, de la famille, des professionnels de la santé qui peuvent fournir un réconfort émotionnel, des conseils sur les pratiques.

Pour finir le processus intrapsychique permet de se remettre en question sur nos émotions, nos pensées, nos sentiments. Il favorise l'adaptation à tout type de situation.

Selon COHEN, il existe donc différents formats de coping propres à chaque individu. Il explique également que ce ne sont pas forcément les évènements directs qui influent les ressentis de l'individu, mais plutôt de comment celui-ci mesure, se représente une situation.

3.3 La prise en soin

Avant de parler de la prise en charge en pédiatrie il est pour moi primordial de faire un point sur la notion de « prendre soin ». PAUL RICOEUR, un grand philosophe reprend cette notion dans ses travaux. En effet, il met en lumière l'importance de la sollicitude dans le soin qui est selon le dictionnaire Le Robert : « *une attention soutenue et affectueuse* ». Dans son œuvre « *soi-même comme un autre* », il explore les dimensions de l'identité personnelle, de l'éthique et de la responsabilité. Il étudie comment la notion de sollicitude envers les autres cultive notre conception de nous-même et influence nos valeurs et croyances. Il met en évidence également l'importance de trouver un équilibre entre la sollicitude envers soi-même et la sollicitude envers les autres pour maintenir des relations équilibrées.

La prise en charge en pédiatrie va de soi, la question de « prendre soin » est évidemment essentielle, cependant elle incarne un domaine de soin à la fois délicat et crucial. Les professionnels de santé procurent des soins aimants, attentionnés, appropriés aux enfants pour favoriser leur développement sain et bien-être physique et émotionnel.

3.3.1 Rôle de l'infirmière

L'infirmière, selon le dictionnaire Larousse est définie comme : « *personne habilitée à assurer la surveillance des malades et à les soigner sur prescription médicale* ». Selon l'article R4311-1 du code de la santé publique : « *L'exercice de la profession d'infirmier ou d'infirmière comporte l'analyse, l'organisation, la réalisation de soins infirmiers et leur évaluation, la contribution au recueil de données cliniques et épidémiologiques et la participation à des actions de prévention, de dépistage, de formation et d'éducation à la santé* » De plus, l'infirmière relève d'un rôle propre. Le dictionnaire Larousse définit le rôle comme « *fonction remplie par quelqu'un, attribution assignée à une institution* » Le mot propre, lui est défini par le dictionnaire Larousse comme : « *qui appartient à quelqu'un, à quelque chose, qui lui...* ». Ce qui signifie que le rôle propre infirmier est une fonction qui lui appartient. Selon l'article R4311-3 « *Relèvent du rôle propre de l'infirmier ou de l'infirmière les soins liés aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie et visant à compenser partiellement ou totalement un manque ou une diminution d'autonomie d'une personne ou d'un groupe de personnes. Dans ce cadre, l'infirmier ou l'infirmière a compétence pour prendre les initiatives et accomplir les soins qu'il juge nécessaires conformément aux dispositions des articles R. 4311-5 et R. 4311-6. Il identifie les besoins de la personne, pose un diagnostic infirmier, formule des objectifs de soins, met en œuvre les actions appropriées et les évalue. Il peut élaborer, avec la participation des membres de l'équipe soignante, des protocoles de soins infirmiers relevant de son initiative. Il est chargé de la conception, de l'utilisation et de la gestion du dossier de soins infirmiers.* » Pour finir, l'infirmière relève également d'un rôle prescrit. Le mot prescrire est définie comme : « *donner comme ordre, comme consigne, comme règle de conduite* » par le dictionnaire Larousse. L'infirmière peut alors exercer d'autres actes sous demande prescrite du médecin. Selon l'article L4311-1 du code de la déontologie : « *Est considérée comme exerçant la profession d'infirmière ou d'infirmier toute personne qui donne habituellement des soins infirmiers sur prescription ou conseil médical, ou en application du rôle propre qui lui est dévolu.* » De même, l'infirmière travaille également en collaboration avec d'autres soignants permettant une prise en charge globale des patients. Elles ont la capacité de déléguer des soins à leurs collègues. L'article R431-4 le signifie : « *Lorsque les actes accomplis et les soins dispensés relevant de son rôle propre sont dispensés dans un établissement ou un service à domicile à caractère sanitaire, social ou médico-social, l'infirmier ou l'infirmière peut, sous sa responsabilité, les assurer avec la collaboration d'aides-soignants, d'auxiliaires de*

puériculture ou d'accompagnants éducatifs et sociaux qu'il encadre et dans les limites respectives de la qualification reconnue à chacun du fait de sa formation. Cette collaboration peut s'inscrire dans le cadre des protocoles de soins infirmiers mentionnés à l'article R. 4311-3. L'infirmier ou l'infirmière peut également confier à l'aide-soignant ou l'auxiliaire de puériculture la réalisation, le cas échéant en dehors de sa présence, de soins courants de la vie quotidienne, définis comme des soins liés à un état de santé stabilisé ou à une pathologie chronique stabilisée et qui pourraient être réalisés par la personne elle-même si elle était autonome ou par un aidant. »

3.3.2 La posture professionnelle

La posture professionnelle est définie selon la Haute Autorité de la Santé (HAS) comme : « *une manière d'être, d'agir et de dire, soucieuse de l'autre, réactive à ses besoins et à ses demandes, respectueuse de ses choix et de ses refus* ». Celle-ci repose sur de nombreux principes fondamentaux comme l'empathie, la bientraitance, le respect et juste distance. En premier lieu, l'empathie, est définie comme : « *une faculté intuitive de se mettre à la place d'autrui, de percevoir ce qu'il ressent* » selon le dictionnaire Larousse. L'empathie joue un rôle crucial dans nos interactions sociales. Elle est essentielle pour une communication efficace et une relation thérapeutique de qualité, car elle permet aux individus de se sentir compris, soutenus et respectés. Dans le livre « *Psychothérapie et relations humaines* » R. ROGERS, C. évoque ce concept d'empathie. Il le décrit comme « *consiste en la perception du cadre de référence d'autrui avec les harmoniques subjectives et les valeurs personnelles qui s'y rattachent* ». Dans ce passage, il indique que l'empathie permet de ressentir les émotions d'autrui, de comprendre les causes de la même manière que la personne en face tout en gardant en tête que ce sont les perceptions de l'autre. Il met en garde sur le fait de ne pas s'identifier en se mettant à la place de l'autre car ça ne serait plus de l'empathie mais de l'identification. L'empathie peut alors être épuisante pour les professionnels de santé qui sont souvent en contact avec la souffrance des patients. Le concept de bientraitance est défini par le dictionnaire Larousse comme : « *Ensemble des soins, des actes et des comportements exercés par l'entourage familial ou professionnel d'une personne et qui procurent un bien-être physique et psychique au bénéficiaire.* » Le concept n'a pas réellement été étudié par LEVINAS, E., cependant il était important pour moi de l'évoquer car il a donné ses idées sur la façon dont nous devrions traiter les autres. L'article de PEOC'H, N dans « *Recherche en soins infirmiers* » reprend les propos

de LEVINAS, E., en expliquant que chaque être humain à sa propre identité et que nous ne pouvons pas le contraindre à nos choix. Il explique également que si nous rencontrons une personne, nous sommes confrontés à sa souffrance, sa vulnérabilité ce qui nous force à assumer notre devoir envers lui. Et pour finir, nous devons assumer notre responsabilité morale et agir en respectant sa dignité et en répondant à ses besoins. Tous ceux-là permettent de mettre en place finalement les actes nécessaires pour la prise en charge de notre patient la plus bienveillante possible. Le respect est défini par le dictionnaire Larousse comme étant : « *sentiment de considération envers quelqu'un, et qui porte à le traiter avec des égards particuliers ; manifestations de ces égards* ». Lorsque l'on parle de respect dans le soin, selon moi trois notions de respect me semblent nécessaires à développer. En premier lieu de respect de l'autonomie. L'autonomie est la capacité à se gouverner soit même, d'agir et de choisir. En deuxième lieu, le respect de la dignité. La dignité est définie par le dictionnaire Larousse comme : « *le respect que mérite quelqu'un ou quelque chose* » en effet lors de la prise en soin, il est essentiel de conserver la dignité du patient pour conserver un maximum son estime de soi. Selon KANT dans « *fondation de la métaphysique des mœurs* » repris par SAMBUC, C., Le COZ, P. il explique que l'homme est considéré comme une personne morale, capable de raisonner et d'agir de manière autonome et selon ses propres valeurs contrairement aux objets qui n'ont qu'une valeur d'usage. Ce qui implique le respect de chaque individu en tant que personne. Et pour finir en troisième lieu, le respect du consentement qui est défini par le dictionnaire Larousse comme : « *action de donner son accord à une action à un projet* ». Selon l'article R4312-14 du code de déontologie : « Le consentement libre et éclairé de la personne examinée ou soignée est recherché dans tous les cas. Lorsque le patient, en état d'exprimer sa volonté, refuse le traitement proposé, l'infirmier respecte ce refus après l'avoir informé de ses conséquences et, avec son accord, le médecin prescripteur. Si le patient est hors d'état d'exprimer sa volonté, l'infirmier ne peut intervenir sans que la personne de confiance prévue à l'article L. 1111-6, ou la famille, ou à défaut, un de ses proches ait été consulté. L'infirmier appelé à donner des soins à un mineur ou à un majeur faisant l'objet d'une mesure de protection juridique avec représentation relative à la personne qui n'est pas apte à exprimer sa volonté s'efforce, sous réserve des dispositions de l'article L. 1111-5, de prévenir ses parents ou son représentant légal ou la personne chargée de la mesure de protection juridique et d'obtenir, selon le cas, leur consentement ou autorisation. La personne en charge de la mesure de représentation relative à la personne tient compte de l'avis du patient qu'elle représente. Sauf urgence, en cas

de désaccord entre le majeur protégé et la personne chargée de sa protection, le juge autorise l'une ou l'autre à prendre la décision. En cas d'urgence, même si ceux-ci ne peuvent être joints, l'infirmier donne les soins nécessaires. Si l'avis de l'intéressé peut être recueilli, l'infirmier en tient compte dans toute la mesure du possible. » Cela veut dire que pour tout actes ou soins, le patient pris en charge doit donner son consentement avant la réalisation. Si celui-ci refuse il est nécessaire de lui indiquer les conséquences mais nous ne devons pas l'obliger. Pour les patients or d'états ou mineurs il est également nécessaire de connaître le consentement. Pour cela on se réfère soit à la famille, représentant... Pour finir la juste distance est souvent évoquée. Cependant qu'elle est la bonne distance dans le soin ? Tout d'abord, la distance est définie comme : « *intervalle, espace qui sépare deux ou plusieurs personnes* » par le dictionnaire Larousse. L'article « *Les relations interpersonnelles avec la personne soignée et la notion de juste distance* » de MICHON, F. reprends le travail de Hall, T., anthropologue américain sur les différentes distances qu'il peut exister. Il évoque la distance intime qui concerne les sens, la distance personnelle qui intervient lors de communication, la distance sociale laisse place à une distance plus importante entre les individus laissant place à une frontière et pour finir la distance publique, la plus éloignée entre les personnes, elle ne laisse pas la place à des interactions. Dans son article, elle explique que la notion de juste distance dans le soin est difficile à comprendre et à conserver. Il faut réussir à faire la différence avec le « ni trop peu ni pas assez ». Les soignants limites parfois les interactions qu'ils peuvent mettre en place et se forme une « carapace » lors de soins pour se protéger. Ce mécanisme laisse penser à une sorte de banalisation de la maladie et du patient. Elle dit que pour éviter cela il faut rester « soi-même » et pour cela il faut que le soignant travaille sur lui-même afin de se connaître. Il revient alors encore la notion « d'intelligence émotionnelle ». Grâce à tous ces concepts on peut comprendre que la notion de « posture professionnelle » contribue à instaurer une relation de confiance et de sécurité pour les patients et les familles. Elle forme des relations thérapeutiques grâce à une sensibilité humaine et des connaissances de soi.

3.3.3 La place de la relation parent / enfant / soignant

La relation dans le soin est un concept fondamental dans la qualité des soins et le bien-être des patients. Elle est définie par le dictionnaire Larousse comme : « *ensemble des rapports et des liens existants entre personnes qui se rencontrent, se fréquentent, communiquent entre elles* ».

La relation d'aide est travaillée par le psychologue américain, CARL ROGERS. BIOY, A. reprends le travail de CARL ROGERS qui a une approche centrée sur la personne dans l'ouvrage « *40 commentaires de textes en psychologie clinique* ». CARL ROGERS définit la relation d'aide comme : « *j'entends par ce terme des relations desquelles l'un au moins des deux protagonistes cherche à favoriser chez l'autre la croissance, le développement, la maturité, un meilleur fonctionnement et une meilleure capacité d'affronter la vie. L'autre, dans ce cas, peut être soit un individu, soit un groupe. On pourrait encore définir une relation d'aide comme une situation dans laquelle l'un des participants cherche à favoriser chez l'une ou l'autre partie, ou chez les deux, une appréciation plus grande des ressources latentes internes de l'individu, ainsi qu'une plus grande possibilité d'expression et un meilleur usage fonctionnel de ces ressources* ». Il met également en évidence les points clés concernant la relation d'aide et le rôle du soignant qui sont : la nécessité pour le soignant de travailler sa propre posture, ses pensées, ses sentiments et de s'ajuster à l'autre. Il souligne également le besoin d'évolution et d'adaptation du soignant face aux situations. Pour finir il explique l'importance des trois notions suivantes dans la relation d'aide : l'empathie, l'attention positive inconditionnelle et la congruence. On comprend que le soignant lors d'une relation de soin, doit se montrer à l'écoute, authentique et empathique envers le soigné pour que celui-ci se sente dans un environnement non jugeant lui permettant de s'exprimer et de se sentir en sécurité. Bien que la relation d'aide soit présente en pédiatrie, il n'y a pas que le soigné qui est pris en compte. En effet la prise en charge est double, le soigné qui est l'enfant et ses parents. Comme nous avons pu le voir précédemment, l'enfant a besoin de ses parents pour se développer cependant lors de sa prise en charge, cette relation parent-enfant peut venir compliquer le cours des soins pour le soignant. L'ouvrage « *accompagner le bébé souffrant* » de COLINEAU B. reprend les épreuves que vivent les parents et la famille de l'enfant malade en expliquant les méthodes pour les accompagner de la manière la plus appropriée. Lors de la prise en charge d'un enfant, elle détaille les différents rôles que le soignant doit mettre en place. En premier lieu, le rôle d'écoute sans jugements. Le soignant ne juge pas le couple, il prend en compte leurs peines, angoisses à l'aide de leurs apprentissages. En deuxième lieu, rôle de soutien. Le soignant est concentré sur les demandes du parent, je cite : « *Ils rassurent les parents, les aident à s'installer, expliquent, accompagnent, soutiennent* ». En troisième lieu, le fait d'adopter une attitude appropriée. Le soignant ne connaît pas tout, alors il est juste qu'il adapte ses connaissances pour aider et répondre au mieux aux parents et à l'enfant pris en charge. Et pour finir, en troisième lieu, une

collaboration active entre professionnels. En effet, compte tenu d'une prise en charge parfois difficile à gérer pour les parents il est essentiel de prévoir une prise en charge avec d'autres professionnels de la santé pour en prendre soin. D'ailleurs, la charte européenne des enfants hospitalisés énonce : *« que l'équipe soignante doit être formée à répondre aux besoins psychologiques et émotionnels des enfants et de leur famille »*. Bien que le soignant soit la principale source génératrice de soin à l'enfant, les parents jouent également un rôle dans la prise en charge. La charte européenne des enfants hospitalisés indique en effet que : *« un enfant hospitalisé a le droit d'avoir ses parents ou leur substitut auprès de lui, jour et nuit, quel que soit son âge ou son état »* et *« on encouragera les parents à rester auprès de leur enfant et on leur offrira pour cela toutes les facilités matérielles, sans que cela n'entraîne un supplément financier ou une perte de salaire. On informera les parents sur les règles de vie et les modes de faire propres au service afin qu'ils participent activement aux soins de leur enfant »*. L'article de SCAON, S. : *« Être parent d'un enfant atteint d'une maladie grave »* reprend les 3 points essentiels pour les parents dans le cas d'une hospitalisation de leur enfant. Tout d'abord la dimension juridique. Le parent doit être reconnu devant la loi car il possède le droit de choix sur les soins procurés à l'enfant. Cette notion de consentement aux soins est souvent difficile à accepter pour les parents car ils se sentent souvent responsables des conséquences qu'il peut y avoir sur l'état de santé leur enfant. C'est pour cela que le soutien entre les parents est essentiel mieux appréhender les solutions et réfléchir non pas seul mais à deux. L'auteure évoque la nécessité de coopération du couple dans les choix. Elle confirme la dimension d'autonomie dans la prise de décision pour leur enfant.

4 Enquête exploratoire

4.1 Outil utilisé

Pour la réalisation de mon enquête j'ai préféré utiliser la méthode clinique qui est dite : qualitative. Cette méthode, « permet d'analyser et comprendre des phénomènes, des comportements de groupe, des faits ou des sujets. L'objectif n'est pas d'obtenir une quantité importante de données, mais d'obtenir des données de fond ». Celle-ci s'intéresse alors à la parole du sujet social interrogé. Ici, dans le cadre de mon travail de recherche, les sujets qui ont été mis en évidence sont : les soignants notamment des infirmières. Cela m'a permis d'écouter leurs expériences afin de mieux comprendre leurs postures, les différents phénomènes et ressentis qui peuvent découler lorsque des émotions interviennent dans la prise en charge d'un enfant.

Pour réaliser ces entretiens, j'ai utilisé l'entretien semi-directif. Comme le précise son intitulé le but de celui-ci est de ne pas complètement diriger l'entretien. Pour cela j'ai réalisé un guide d'entretien (cf. Annexe I). Il m'a permis de poser des questions ouvertes, avec la capacité de poser de nouvelles questions si l'interlocuteur me soulevait un autre sujet en parallèle de celui que je voulais évoquer. Cet outil a également permis à l'interlocuteur de me répondre de la façon qui lui semblait la plus juste. En effet, chaque professionnel de santé ne vit pas et ne ressent pas les situations de la même manière alors il était important pour moi qu'ils se sentent guider vers une réponse. J'ai donc confectionné mon guide d'entretien à partir de quatre thématiques et notamment trois qui font partie de mon cadre de référence. J'ai décidé en premier lieu pour mieux connaître le professionnel interviewé de lui demander de se présenter à travers son parcours professionnel et puis mes trois autres thèmes a été fondé à partir de questions sur l'enfant, la posture professionnelle et pour finir les émotions. Ces questions m'ont permis de faire lieu par la suite avec mon cadre de référence réalisé précédemment.

4.2 Population choisie et lieux d'investigations

J'ai réalisé mon enquête, en choisissant d'interroger un public soignant qui est généralement au cœur de situations difficiles à gérer émotionnellement. Il fallait évidemment mettre en lien ce choix de professionnels avec mon sujet de travail de recherche alors je me suis concentrée sur des services prenant en charge des enfants. J'ai privilégié l'interrogatoire auprès de trois infirmières de différents domaines. Une fois la validation de mes choix, j'ai réalisé mes demandes d'entretiens auprès des établissements (cf. Annexe II) qui m'ont laissé par la suite une réponse favorable (cf. Annexe III).

Une fois les dates fixées avec les cadres de santé, j'ai pu réaliser le premier entretien auprès d'une infirmière au sein du service de néonatalogie c'est-à-dire dans un service prenant en charge des nourrissons soit nés prématurément, nés avec un petit poids ou nécessitant des soins précis. J'ai décidé de faire une demande dans ce service car je savais que des situations où le pronostic vital peut être engagé voir même le décès de l'enfant peuvent souvent arriver. Ce genre d'évènements n'est pas facile à gérer pour l'infirmière auprès des parents ou même de ses propres ressentis. L'infirmière que j'ai renommé Chloé s'est spécialisée depuis peu en puéricultrice travaille alors dans ce service de néonatalogie.

Le deuxième s'est réalisé le lendemain, celui-ci auprès d'une infirmière renommé Andréa qui travaille en service de pédopsychiatrie depuis six ans. Elle prend en charge des enfants de douze à dix-sept ans. Il m'a semblé juste de réaliser un entretien dans ce domaine au vu de la charge de stress et d'émotions que peut provoquer une situation. En plus de cela les enfants pris en charge nécessitent généralement un besoin de soutien émotionnel ce qui peut ne pas être facile à gérer en tant que soignant d'autant plus qu'il faut réussir à contrôler ses propres émotions.

Le troisième entretien s'est réalisé quelques semaines plus tard au sein d'une crèche, prenant en charge de jeunes enfants. L'infirmière travaille dans cette unité depuis 2022. Mon premier choix n'était pas concentré sur la crèche car selon moi l'infirmière n'était pas forcément en lien avec les enfants. Cependant j'ai pu remarquer à l'aide de cet entretien que même en l'absence de soins technique l'infirmière en crèche a de nombreuses responsabilités. Les situations difficiles à gérer émotionnellement sont cependant présentes mais sur le plan social.

Malgré les différentes années d'expériences, les différents parcours que ces infirmières ont pu avoir et également les différents âges des enfants accueillis par les établissements, ces entretiens

m'ont permis de mieux comprendre la place des émotions et surtout comment les soignants arrivent à le gérer.

5 Analyse des résultats :

A la fin de mes entretiens, je les ai retranscrits (cf Annexe IV) puis analysés sous forme de tableau dans un premier temps (cf Annexe V). Tout d'abord, je vous présenterai une analyse synthétique des résultats, ensuite une analyse thématique des entretiens suivant les thèmes énoncés dans mon cadre de référence. A la fin de cela, je vous énoncerai les limites de cette enquête.

5.1 Présentation synthétique des professionnelles :

- Le premier entretien s'est déroulé avec Chloé, une infirmière puéricultrice du service de néonatalogie. A mon arrivée dans le service elle m'accueille de façon souriante puis me met à l'aise afin de débiter ce premier entretien. Elle est dans le secteur hospitalier depuis 2005. Elle a pratiqué la fonction d'aide-soignante puis elle a eu la double casquette d'auxiliaire-puéricultrice / aide-soignante ce qui lui a permis de faire de nombreuses expériences. Elle m'explique durant cet entretien qu'en effet ce service faisait partie de ses choix et que celui-ci lui plaît énormément pour sa diversité et complexité technique mais qu'il lui permet également de garder ce côté « cocooning ».
- Le deuxième entretien s'est déroulé avec Andréa, une infirmière du service de pédopsychiatrie. L'entretien se déroulant le lendemain du premier entretien cela m'a permis d'être plus sereine sur la réalisation de celui-ci. À la suite de l'obtention de son diplôme en 2008, Andréa a travaillé en service de psychiatrie adultes pendant dix ans. Le pôle pédopsychiatrie ne l'intéressait pas forcément au début de sa carrière puis elle a décidé de postuler lorsqu'une place s'est libérée. Ce choix était en vue d'élargir ses connaissances et d'intégrer des pratiques diversifiées dans le domaine du soin.
- Le troisième entretien s'est déroulé avec Sandra, une infirmière en crèche. Celui-ci s'est déroulé quelques semaines plus tard. Elle m'explique durant cet entretien que depuis le début de ses études d'infirmières la pédiatrie l'a toujours intéressé malgré des difficultés pour la réalisation de stages dans ce domaine. Après l'obtention de son diplôme elle a travaillé trois ans en EHPAD ce qui lui a permis de s'autonomiser puis une opportunité professionnelle lui a été proposé afin de travailler sur le terrain comme infirmière en crèche. Un an plus tard un poste de direction lui a été proposé. En 2022, donc trois ans plus tard, elle se retrouve directrice adjointe de cette crèche et référente de santé et accueil inclusif sur toutes les crèches municipales de la ville.

5.2 Analyse thématique des entretiens

5.2.1 L'enfant

Au vu de ma situation se déroulant dans un service prenant en charge des nouveau-nés et de mon envie particulière de poursuivre mes études d'infirmières en tant qu'infirmière puéricultrice, il me semblait essentiel de réaliser une partie sur l'enfant. Pour analyser l'enfant mon cadre de référence se base sur quatre thématiques : la définition de l'enfant, le développement de l'enfant, les besoins de l'enfant et l'enfant hospitalisé.

Définition de l'enfant

Développement de l'enfant

Les besoins de l'enfant

Pour cette partie consacrée aux besoins de l'enfant, une seule infirmière m'a parlé du fait qu'en tant que soignant : « nous sommes obligés de s'adapter en fonction des troubles, du besoin, de la personnalité, de la culture de tout hein » (L117-118), « il y a un accompagnement au plus proche des besoins » (L109-110). En effet, comme nous avons pu le voir précédemment, WINNICOTT, expliquait que pour que l'enfant se développe de façon favorable il est nécessaire qu'on soit au plus proche de ses besoins. Cette infirmière travaillant en pédopsychiatrie, avec des enfants en perpétuel remaniement psychique, il est important de reconnaître les besoins de chacun.

L'enfant hospitalisé

Pour la prise en charge de l'enfant hospitalisé, les trois infirmières m'ont parlé de la prise en charge des parents également. Andréa m'a dit : « la prise en charge d'un enfant elle ne se fait pas sans ses parents ou tuteur légaux » (L26), « un gros travail avec la famille pour faire comprendre les soins, adhérer aux soins, il y a pas mal de déni » (L35-36), « les parents soient un peu acteurs dans la prise en charge, au moins piliers pour, parce qu'on peut avoir des enfants qui ont pas d'envie, qui ont du mal à sortir et donc même le trajet finalement pour venir à l'HDJ est compliqué donc le parent à ce moment-là, doit aussi impulser et être moteur » (L54-57) Chloé m'a dit : « on l'explique à l'enfant et le parent va participer » (L66-67) et Sandra évoque : « le parent doit être présent dans ce qu'on appelle la période de familiarisation » (L147) et « ils doivent communiquer tout ce qui va être de la partie médicale » (L148-149). Galland, F. à expliquer l'importance de donner l'information sur un soin au

préalable aux parents mais également à l'enfant, de faire participer les parents aux soins, s'ils s'en sentent capable, ce qui permettra de réduire l'appréhension de l'enfant.

De plus une infirmière, Chloé, explique que dans sa prise en charge de l'enfant : « *on va mettre en place par des jeu, des associations par le jeu, on va pouvoir aussi parler, hum ici c'est le cocon, sucre doux* » (L34-35), « *on prend soin de la douleur, euh on va prendre en considération la façon dont il est placé* » (L40-41), « *les parents on va leur demander de parler à leur enfant, de se mettre à leur tête, d'attirer l'attention, pour que nous, on va lui expliquer, parce que les enfants, ils ont besoin de voir ou de savoir qu'est-ce qu'on va leur faire à l'avance donc on va vraiment lui expliquer dans un environnement calme* » (L72-76) et « *il faut adapter en fonction de ce qui va recevoir, de ce qu'il va entendre et puis il faut voir aussi si par exemple, si il a peur tu vas pas agir, tu vas trouver une solution, en fait essayer, pour qu'il ait moins peur et ça n'empêchera pas qu'il ait peur mais il aura une certaine confiance pour qu'on puisse faire le soin* » (L319-322). Pour rappel, Chloé, est infirmière en néonatalogie, la prise en charge du petit enfant et la réalisation de soin est quotidienne comparé aux deux autres infirmières. Ici, on peut voir qu'elle mise sur la distraction, l'apaisement de la douleur, la prise en compte des parents, l'explication du soin et la réassurance de l'enfant pour le soin comme expliqué par Galland, F.

5.2.2 Les émotions

La deuxième grande partie de mon travail de recherche se construit sur les émotions. En effet lors de cette situation vécue, la gestion de mes émotions fut difficile alors l'objectif pour moi, dans ce travail de recherche, est de développer une compréhension approfondie sur les émotions. Pour cela, dans un premier temps, il y aura la définition des émotions, l'impact des émotions dans le soin, la gestion des émotions et enfin les mécanismes de défenses que peuvent être mis en place par les professionnels.

Définition des émotions

Pour la définition des émotions deux infirmières sur trois m'ont parlé des émotions. Chloé, décide alors de m'expliquer les émotions à l'aide des émotions primaires. Elle me cite alors la colère, la tristesse, la peur, la joie et également la surprise. En effet, le psychologue Paul EKMAN énonce qu'il existe six émotions de bases dont les cinq qu'elle a citée puis le dégoût qu'elle a oublié d'énoncer. Sandra, indique que les émotions ne sont pas que négatives mais qu'elles peuvent être positives comme l'explique DANTZER, R.

L'impact des émotions dans le soin

Pour cette partie sur l'impact des émotions dans le soin, Andréa m'a fait part qu'elle n'aurait pas la capacité de maintenir un haut niveau de soutien et de réponses aux besoins du patient lorsqu'elle est soi-même fortement affecté par la situation.

Les deux autres infirmières quant-à-elles, ont parlé de l'épuisement professionnel et de la notion du burn-out mais avec deux aspects différents. En effet selon Chloé, le fait d'être trop empathique pourrait engendrer selon-elle une dépression. En plus de cela, elle exprime qu'en tant que soignant nous intériorisons nos sentiments pour ne pas le faire ressentir aux patients. Selon Sandra, l'épuisement professionnel est d'un côté causé par la surcharge psychologique de certains services mais elle le met également en lien avec le manque de personnels qui ne permet pas de travailler dans des conditions optimales. Ces notions peuvent être mise en lien avec ce qu'énonce Mercadier, C dans « *Le travail émotionnel des soignants à l'hôpital* ».

La gestion des émotions

Lors des différents entretiens, Chloé est la seule à explicité la notion d'intelligence émotionnelle et l'a mis en lien en disant : « *il faut que face à toi-même tu fasses le point de savoir comment,*

comment tu te sens face à certaines situations, comment toi tu vas gérer » (L130-132). Elle dit également que : « chacun gère par rapport à sa façon d'être » (L160). Je le relie avec ce que me dit Andréa au cours de son entretien. Elle exprime : « je pense que c'est bien de se connaître oui, de se connaître soi et de connaître un peu son équipe parce que c'est plus facile » (L301-301). En effet, GOLEMAN, D soutient également cette notion d'intelligence émotionnelle avec la conscience de soi pour reconnaître et comprendre ses émotions. De plus ce qui revient avec les trois infirmières interviewées c'est que le malgré notre image de soignant nous pouvons ressentir des émotions. En effet Andréa dit : « ça m'a beaucoup impacté, je crois même que j'ai pleuré » (L213), Chloé dit : « il y en a ils vous diront beh non émotionnellement il faut être un mur mais on est des humains » (L96), « j'ai pas pleuré sur le coup mais j'ai eu des contre coup par la suite » (L118-119) et Sandra a dit : « on n'est pas censé laisser transparaître les choses après on reste des êtres humains » (L256-257). Malgré l'image de professionnalisme et de détachement émotionnel que les soignants sont censés projeter, ici les infirmières rappellent que ce sont des êtres humains avec des sentiments.

Ce qui revient aussi dans ces trois entretiens, c'est le fait de parler de la situation à des personnes extérieures. Elles expliquent chacune d'entre elles qu'il existe des groupes de paroles avec des psychologues, leur équipe ou même leur famille pour discuter de certaines situations. Sandra fait part d'une importance pour ces groupes de paroles en disant : « si les choses ne sortent pas ça ne peut pas aller » (L400), « tous les services hospitaliers, il faut pouvoir avoir des espaces de décharges » (L405-406). Cependant Chloé évoque cette notion mais ne ressent pas ce besoin de le faire car elle dit : « personnellement j'avais pas envie forcément de ressasser les choses que j'avais vécu après y'a des personnes qui ont besoins de parler sur le moment » (L202-203). Comme le dit Lorient, M. ces groupes de parole organisés ou de manière personnelle permettent de décharger et d'éviter un épuisement professionnel du soignant.

Les mécanismes de défense des soignants

Ici, seulement Chloé m'a énoncé la notion de mécanismes de défense en disant : « en fonction de ces mécanismes de défense ben c'est ton corps, toi ton cerveau comment il va s'adapter » ce qui corrèle avec ma notion de mécanisme de défense qui est : « les mécanismes de défenses sont des stratégies psychologiques que les individus, y compris les infirmières, mettent en place pour faire face au stress, à l'anxiété ou aux émotions difficiles dans leur travaille. »

Andréa m'a expliqué quand pédopsychiatrie le mécanisme de défense qui était le plus présent c'était l'humour. En effet, elle dit : « *ça nous permet aussi de vulgariser ou de dédramatiser certaines situations et de les rendre acceptables vivables* » (L215-216). RUSZNIEWSKI, M, nomme ce mécanisme de défense : la dérision. Certes il l'explique avec le fait de jouer la carte de l'humour avec le patient mais cela met en lien l'aptitude du soignant à rigoler de la situation qui était difficile à gérer. Un autre mécanisme de défense énoncé par les Andréa et Chloé est le fait de savoir passer le relais à ses collègues lorsqu'une situation est trop difficile à gérer. Chloé dit : « savoir passer le relais à ses collègues c'est important aussi » (L167-168) et Andréa dit : « *j'ai pas honte à dire parfois sur certaines situations « oh ça me renvoie un truc qui me touche un peu trop là, est ce que je peux faire un pas de recul ? » »* » (L303-304). Cette notion de recul je la met également en lien avec le mécanisme de défense de RUSZNIEWSKI, M, qui est l'esquive. Les soignantes préfèrent éviter le contact relationnel avec le patient lorsque la situation est trop difficile à gérer.

5.2.3 La prise en soin

Lors de cette dernière partie, qui se construit sur la prise en soin, il était essentiel pour moi de faire un point sur le rôle de l'infirmière, de la posture professionnelle lors de la prise en charge de l'enfant et pour finir la place de la relation parent/enfant/soignant.

Rôle de l'infirmière

Tout d'abord, deux infirmières sur trois évoquent la notion de prévention. Sandra dit : « *tout ce qui est prévention* » (L66-67) et Chloé dit : « *la passion de notre travail et de transmettre aussi par la suite des choses* » (L107-108). Cela rejoint l'article R4311-1 du code de la santé publique qui dit que l'infirmière doit avoir la capacité de réaliser des actions de prévention. Également deux infirmières sur trois exprime que le travail infirmier se fait en équipe. Sandra évoque : « *mais les infirmières on travaille en équipe* » (L189-190) et Andréa dit : « *on soigne avec qui on est aussi hein, on est tous différents, c'est ce qui fait la force d'une équipe* » (L289-290). Comme énoncé dans l'article R431-4 du code de déontologie les soins peuvent être effectués en collaboration.

La posture professionnelle

Les deux infirmières, Chloé et Andréa parle de la notion de juste distance. En effet Andréa explique que : « *c'est compliqué, des fois il faut l'avoir mais aussi des fois il faut un peu la mettre de côté* » (146-147), « *c'est quand même compliqué la distance* » (L 156-157) et Chloé dit : « *pas trop de juste distance juste ce qu'il faut* » (L240-241). Cela met en lien ce que dit MICHON, F. Pour avoir cette distance il faut rester soi-même et pour ça il faut avoir une bonne connaissance de soi. De plus, Chloé évoque la notion de relation de confiance à instaurer avec le patient pour la réalisation des soins. MICHON, F., dit que c'est grâce à notre posture professionnelle que nous arrivons à créer cette relation de confiance avec le patient. Une infirmière évoque la notion d'empathie, c'est Chloé. En effet, elle dit : « *il faut essayer de ne pas être trop empathique parce que tu peux faire des burn-out ou tu peux faire des dépressions ça peut arriver* » (L235-236). Carl Rogers évoque le fait de se mettre en garde sur le fait de ne pas s'identifier aux dires du patient ce qui pourrait être épuisant pour le soignant.

La place de la relation parent/enfant/soignant

Dans les entretiens, deux infirmières sur trois m'évoquent les notions d'adaptabilité et de réajustement. Andréa dit : « *notre posture bah on l'adapte à chaque ado* » (L116-117) et Chloé

évoque le fait que : « *les jeunes nouveaux arrivant tu vois, ils nous apprennent encore et s'est bien de se remettre en question* ». En effet, Carl Rogers, insiste sur le fait que les soignants doivent s'adapter en fonction des situations et qu'ils doivent avoir la capacité d'évoluer dans leur carrière. Les trois infirmières, mentionnent le fait que la prise en charge des parents est prédominante dans le soin procuré à l'enfant. Andréa exprime : « *c'est pas toujours les parents mais en tout cas les figures parentales, les accompagner dans l'acceptation des troubles de l'adolescent, de façon à ne serait-ce qu'on avance ensemble et dans la même direction* » (L87-88), Chloé dit : « *le parent on va le faire participer, on va lui expliquer* » et Sandra évoque : « *la place du parent, elle est prédominante dans la prise en charge de l'enfant* » (L89-90). A ce sujet, COLINEAU, B. exprime que le soignant à une place de réassurance auprès du parent, le soutien et adapte un attitude appropriée. Comme le dit Carl Rogers, la prise en charge pédiatrique est double : l'enfant qui est le soigné et ses parents. Chloé confie : « *c'est difficile de trouver des mots mais je leur parle et je lui demande ce qu'elle ressent, ce qu'elle a vécu* » (L230-231), « *elle vient sur mon épaule pleurer, je suis là si elle a besoin* » (L233). Selon COLINEAU, B., il est essentiel d'accompagner les parents de la manière la plus appropriée. Une infirmière énonce le concept d'accompagnement dans son discours. Andréa dit : « *c'est d'accompagner aussi ces parents ou tuteurs légaux ou familles d'accueils* » (L86-87), « *on va perdre l'alliance thérapeutique si on force hein, il vaut mieux qu'on soit dans un accompagnement progressif et dans une recherche de compréhension* » (L100-102), « *les accompagner dans l'acceptation un peu des troubles de l'adolescent* » (L88).

5.3 Limites de l'enquête

Dans cette partie, je vais établir une critique des entretiens à travers leur déroulement et les limites que j'ai pu observer.

Tout d'abord, je vais débiter par le déroulement de mes entretiens. J'avais une certaine appréhension et finalement les entretiens ont été très intéressants et riches dans les échanges ce qui m'a permis de pouvoir répondre à mes questions.

Il est vrai que j'avais comme objectif de réaliser mon troisième entretien au sein d'une pouponnière. Selon moi, ce service m'aurait permis de rencontrer des soignants prenant en charge certes des enfants sains, comme la crèche, mais avec des histoires de vies difficiles. L'entretien réalisé en crèche m'a malgré tout été bénéfique pour la réalisation de mon analyse car l'infirmière a su revenir sur ses expériences et répondre à mes questions.

Je me rends compte maintenant, après l'analyse de mes entretiens, que j'aurais dû lors de la réalisation de ma grille d'entretien et de mes entretiens, approfondir mon questionnement sur l'enfant, ce qui a été manquant selon-moi dans ce travail de recherche. Néanmoins, je trouve que ce travail m'a permis me concentrer davantage sur les émotions ce qui me sera favorable pour ma future profession.

Enfin, la réalisation d'un entretien auprès d'un infirmier aurait pu être intéressant afin de constater si le ressenti et la gestion des émotions pour l'homme est différent que celles des femmes interviewées.

6 Problématique

A l'aide de ce travail de recherche, j'avais pour objectif de répondre à ma question de départ qui est la suivante : en quoi les émotions du soignant peuvent-elles impacter la qualité de la prise en soin d'un enfant ? Pour répondre à celle-ci, j'ai réalisé des recherches afin de construire mon cadre de référence. Par la suite, j'ai réalisé une grille d'entretien, elle m'a permis de réaliser des entretiens semi-directifs auprès de trois infirmières dans différents domaines. J'ai analysé ces entretiens puis je les ai mis en concordance avec mon cadre de référence. Ce travail m'a permis alors d'étudier les ressemblances entre la théorie et la pratique.

Malgré qu'il y ait peu de notion sur l'enfant durant ces entretiens, j'ai pu comprendre que dans un contexte de soin, l'accompagnement des enfants, nécessite une adaptation continue aux besoins de chaque enfant. Cela nécessite d'impliquer à la fois une prise en compte de leur état psychique et une collaboration active avec les parents.

De plus, lors de ces entretiens j'ai pu remarquer que la gestion des émotions est fondamentale dans le soin. En effet, les infirmières expliquent l'importance de non seulement comprendre et gérer leurs propres émotions mais aussi celles de leurs patients. La notion d'intelligence émotionnelle n'a pas été évoquée par toutes, cependant elles sont toutes reconnaissantes sur l'impact des émotions dans leur travail. De même, les stratégies de défense comme l'humour et le partage avec les collègues sont essentielles pour maintenir un environnement de travail sain et efficace. Ces approches, leurs semblent indispensables pour prévenir l'épuisement professionnel et assurer des soins de qualité.

Pour finir, je me suis rendu compte que la distance professionnelle n'est pas acquise automatiquement et nécessite un apprentissage et un développement continu de la part du soignant. Le professionnel doit avoir la capacité de s'adapter et mettre en place une participation active des parents qui sont essentiels pour une prise en charge optimale de leurs enfants. Ils jouent un rôle clé de réassurance et d'accompagnement, favorisant ainsi un environnement de soin compréhensif et évolutif.

Après mes entretiens, j'ai compris que la prise en charge de l'enfant ne se réalise pas sans ses parents. Si je devais alors continuer ce travail de recherche, ma question de départ serait : « **En quoi, l'implication des parents dans le processus de soin influence-t-elle le bien-être des enfants hospitalisés ?** »

7 Conclusion

Ce travail de fin d'études marque la fin de trois années de formation. Des années qui demandent beaucoup d'investissement et de travail mais qui sont à la fois enrichissantes. J'ai pu croiser lors de mes stages des professionnels de la santé qui m'ont transmis leur savoir, leur passion et leur professionnalisme. Les patients que j'ai pu rencontrer m'ont également tous apporté une expérience bénéfique et une remise en question pour ma future profession.

L'élaboration de ce travail de fin d'études, m'a aidé pour répondre en partie aux questions qui me préoccupées depuis cette situation vécue. Le choix de ce sujet m'a permis de prendre du plaisir lors de mes lectures et des entretiens réalisés.

Une citation qui selon-moi englobe une grande partie de ce travail sur les émotions, est celle de Arnaud Desjardin qui dit : « *Si vous voulez être libre de vos émotions, il faut avoir la connaissance réelle, immédiate de vos émotions.* ». En effet, cette recherche m'a permis de me questionner sur ma vision des émotions. Je me rends compte que la gestion des émotions se construit tout particulièrement sur la connaissance de soi.

Grâce à ce travail de recherche, je me sens plus confiante à l'idée de ressentir des émotions lors de la prise en charge de mes futurs patients.

J'ai également réalisé à l'aide des auteurs et des soignantes interrogés que la présence des parents est essentielle pour l'enfant hospitalisé. Alors, si je devais continuer ce travail de recherche, je me concentrerais sur l'implication des parents dans le processus de soin ce qui me permettrait de comprendre l'influence sur leur enfant.

.

8 Bibliographie

- ROBERT-MAZAYE, C., MIEYAA, Y., BEAUMATIN, A., ROUYER, V. (2013). *Les enfants dans les livres*. 235-249.
- YAKOUKEN, K. (2014). *Laennec*. 49-55. En ligne.
- DEROME, M. (2014). *Accompagner l'enfant hospitalisé*. 60-65.
- JOUSSELME, K. (2014). *Comprendre l'enfant malade*.
- DUDOUS, L., GORLIER, E., PAPAS, A. (2023). *L'intelligence émotionnelle au cœur de la formation initiale*.
- DUARTE, P. (2015). *L'intelligence émotionnelle en situation de crise*.
- MICHON, F. (2013). *Les relations interpersonnelles avec la personne soignée et la notion de juste distance*. 32-34
- DUBRULLE, A., WANQUET-THIBAUT, P. (2018). *Trouver la « juste » distance relationnelle entre enfant soigné et soignant*.
- MASCARO, R., DUPUIS-GAUTHIER, C., JARDRI, R., DELION, P. *Devenir*. 69-115. En ligne.
- CHRISTOPHE, V. (1998). *Les émotions*. 61-73
- GOLEMAN, D. (1995). *L'intelligence émotionnelle*.
- PHANEUF, M. (2018) *L'infirmière peut-elle ressentir des émotions particulières pour un patient ou une patiente ?*
- LORIOU, M. *Travail émotionnel et soins infirmiers*. 60-63
- RU *Manuel de soins palliatifs*
- CHABROL, H. (2005) *Recherche en soins infirmiers*. 31-42
- CHABROL, H., CALLAHAN, S. (2018) *Mécanismes de défense et coping*. 13-24
- PEOC'H, N. (2011) *Recherche en soins infirmiers*. 4-13
- LE COZ, P., SAMBUC, C. (2012) *Raison publique*. 219-238

MICHON, F.(2013) *Les relations interpersonnelles avec la personne soignée et la notion de juste distance*. 32-34

Colineau, B. (2012). *Accompagner le bébé souffrant*. Chronique sociale. 61-67

Frank Baum, L. (1931). *Le magicien d'Oz*. Éditions Denoël et Steele.

9 Sitographie :

La charte européenne des droits de l'enfant hospitalisé - Hôpital Trousseau AP-HP. (s. d.). Consulté à l'adresse :

<https://trousseau.aphp.fr/charte-europ-enfant-hospi/#:~:text=La%20Charte%20Européenne%20des%20Droits%20de%20l%27Enfant%20Hospitalisé%20adoptée,de%201999%20préconise%20son%20application>

Le 10 février 2024.

Déclaration de Genève sur les Droits de l'Enfant, 1924 : Présentation - Humanium. (2017, 4 octobre). Consulté à l'adresse :

<https://www.humanium.org/fr/declaration-de-geneve-1924/#:~:text=Le%20Contenu%20de%20la%20Déclaration,%27elle%20a%20de%20meilleur%20».&text=En%20cinq%20articles%20sont%20reconnus%20les%20besoins%20fondamentaux%20de%20l%27enfant>

Le 10 février 2024.

[https://www.has-sante.fr/~:text=\):431-8.-.Définition,sur%20le%20plan%20émotionnel%20»2%20.](https://www.has-sante.fr/~:text=):431-8.-.Définition,sur%20le%20plan%20émotionnel%20»2%20.)

L'épuisement professionnel selon Freudenberger (Burn out). (s. d.). Consulté à l'adresse :

<https://www.psycho-ressources.com/bibli/epuisement.html>

Le 20 février 2024

Echelle MBI (Maslach Burn-Out Inventory). Consulté à l'adresse:

https://www.javens.fr/wp-content/uploads/Grille-MBI_mesure_burn_out.pdf

Le 17 février 2024

Syndrome Épuisement Professionnel des soignants. (2014)

https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/qvt_rir_seps_121214.pdf

Définition gestion dictionnaire Larousse

<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/gestion/36853#:~:text=1.,La%20gestion%20d'un%20stock.&text=2.,dans%20une%20de%20ses%20fonctions.>

Larousse, É. (s. d.). Définitions : infirmier - Dictionnaire de français Larousse. Consulté à l'adresse :

<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/infirmier/42953>

Le 17 février 2024

Larousse, É. (s. d.). Définitions : posture professionnelle - Dictionnaire de français Larousse. Consulté à l'adresse :

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012-10/bienveillance_-_support_de_presentation.pdf

Le 17 février 2024

Larousse, É. (s. d.). Définitions : empathie - Dictionnaire de français Larousse. Consulté à l'adresse :

<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/empathie/28880>

Le 20 février 2024

Répression - Définitions, synonymes, prononciation, exemples | Dico en ligne Le Robert. (s. d.). Consulté à l'adresse :

<https://dictionnaire.lerobert.com/definition/repression>

Le 20 février 2024

LE COPING ET LES STRATÉGIES D'AJUSTEMENT FACE AU STRESS. (s. d.). CONCEPTS, STRESS, COPING. Consulté à l'adresse :

<https://www.irepspdl.org/docs/Fichier/2015/2-150316040214.pdf>

Le 20 février 2024.

Larousse, É. (s. d.-b). Définitions : rôle - Dictionnaire de français Larousse. Consulté à l'adresse :

<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/rôle/69736#:~:text=Genre%20d%27action%20ou%20de,a%20pas%20été%20très%20clair.>

Le 21 février 2024.

Définition propre. (s. d.). Consulté à l'adresse

<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/propres/64410>

Le 21 février 2024.

Larousse, É. (s. d.-b). Définitions : prescrire, être prescrit, se prescrire - Dictionnaire de français Larousse. Consulté à l'adresse :

<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/prescrire/63677>

Le 21 février 2024.

Larousse, É. (s. d.-a). bien-être - LAROUSSE. Consulté à l'adresse

<https://www.larousse.fr/encyclopedie/divers/bien-etre/185829>

Le 22 février 2024.

Larousse, É. (s. d.-b). Définitions : consentement - Dictionnaire de français Larousse. Consulté à l'adresse :

<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/consentement/18359>

Le 22 février 2024.

Larousse, É. (s. d.-c). Définitions : distance - Dictionnaire de français Larousse. Consulté à l'adresse :

<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/distance/26042>

Le 22 février 2024.

Larousse, É. (s. d.-f). Définitions : relations - Dictionnaire de français Larousse. Consulté à l'adresse :

<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/relations/67845>

Le 26 février 2024.

Charte européenne enfant hospitalisé. (s.d). Consulté à l'adresse :

<https://www.ch-centre-bretagne.fr/wp-content/uploads/charte-enfant-hospitalise.pdf>

Le 1 mars 2024.

L'histoire des droits de l'enfant. (s. d.). Consulté à l'adresse :

<https://www.unicef.org/fr/convention-droits-enfant/histoire-droits-enfants>

Le 7 mars 2024.

Armangaud, A. (1973). L'attitude de la société à l'égard de l'enfant au XIXe siècle [article]. Persee. Consulté à l'adresse :

https://www.persee.fr/doc/adh_0066-2062_1973_num_1973_1_1197

Le 7 mars 2024.

Lett, D. (s. d.). La perception de l'enfance dans l'Antiquité et au Moyen Âge. Consulté à l'adresse :

<https://www.cairn.info/revue-apres-demain-2019-1-page-5.ht>

Le 7 mars 2024.

Convention internationale des droits de l'enfant. (1990, 6 septembre). Consulté à l'adresse :

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

Le 7 mars 2024.

Larousse, É. (s. d.-h). Développement de l'enfant - LAROUSSE. Consulté à l'adresse :

https://www.larousse.fr/encyclopedie/medical/d%C3%A9veloppement_de_lenfant/12494

Le 7 mars 2024.

Citations, proverbes Besoins. (s. d.). Consulté à l'adresse :

<http://evene.lefigaro.fr/citations/mot.php?mot=besoins#:~:text=%20On%20conna%C3%AFt%20mieux%20un%20homme%20quand%20on%20conna%C3%AFt%20ses%20besoins.&text=%20Ambition%20%3A%20nom%20noble%20donn%C3%A9%20aux%20besoins%20d'argent.&text=%20Les%20vrais%20besoins%20n'ont%20jamais%20d'exc%C3%AAs.&text=%20La%20civilisation%20est%20une%20multiplication,n'a%20pas%20besoin.>

Le 26 mars 2024.

Larousse, É. (s. d.). Définitions : besoin, besoins - Dictionnaire de français Larousse. Consulté à l'adresse :

<https://www.larousse.fr/dictionnaires/fran%C3%A7ais/besoin/8907>

Le 26 mars 2024.

Pyramide des besoins. (2024, 16 janvier). Consulté à l'adresse :

https://fr.wikipedia.org/wiki/Pyramide_des_besoins

Le 26 mars 2024.

Winnicott « *La mère suffisamment bonne* ». (2019, 7 janvier). Psychologue À Vendargues.
Consulté à l'adresse :

<https://www.psychologue-montpellier34.fr/2019/01/07/winnicott-la-mère-suffisamment-bonne/>

Le 26 mars 2024.

Fabre-Grenet, M. « *devenir* », « *L'échelle d'évaluation du comportement néonatal ou échelle de Brazelton : la NBAS.* » (s. d.). Consulté à l'adresse :

<https://www.cairn.info/revue-devenir-2018-3-page-209.htm>

Le 26 avril 2024

GALLAND, F. « *Bien s'installer lors d'un soin (enfant, parent, soignants) pour être confortable et efficace* » Consulté à l'adresse :

https://pediadol.org/wp-content/uploads/2019/01/U2013_FG.pdf

Le 26 avril 2024.

Desjardin, A. « *Si vous voulez être libre de vos émotions, il faut avoir la connaissance réelle, immédiate de vos émotions.* » Consulté à l'adresse :

<http://evene.lefigaro.fr/citation/voulez-etre-libre-emotions-faut-avoir-connaissance-reelle-immed-53453.php>

Le 16 mai 2024.

10 Sommaire des annexes

<u>11</u>	<u>Annexe I : Guide entretien</u>	<u>I</u>
<u>12</u>	<u>Annexe II : Demandes autorisations entretiens</u>	<u>II</u>
<u>12.1</u>	<u>Pédopsychiatrie</u>	<u>II</u>
<u>12.2</u>	<u>Néonatalogie</u>	<u>III</u>
<u>12.3</u>	<u>Crèche</u>	<u>IV</u>
<u>13</u>	<u>Annexe III : Réponses des demandes aux établissements</u>	<u>V</u>
<u>13.1</u>	<u>Service de pédopsychiatrie</u>	<u>V</u>
<u>13.2</u>	<u>Service de néonatalogie</u>	<u>VI</u>
<u>13.3</u>	<u>Crèche</u>	<u>VII</u>
<u>14</u>	<u>Annexe IV : Entretiens</u>	<u>VIII</u>
<u>14.1</u>	<u>En pédopsychiatrie</u>	<u>VIII</u>
<u>14.2</u>	<u>En néonatalogie</u>	<u>XX</u>
<u>14.3</u>	<u>En crèche</u>	<u>XXXIV</u>
<u>15</u>	<u>Annexe V : Grilles d'analyses des entretiens</u>	<u>XLIX</u>
<u>16</u>	<u>Annexe VI : autorisation de diffusion</u>	<u>LXII</u>

11 Annexe I : Guide entretien

Thèmes :	Ce que je recherche	Questions
Présentation du professionnel	Le parcours professionnel. Les raisons ou valeurs qui ressortent en choisissant ce service.	Quel est votre parcours professionnel ? Pourquoi avez-vous choisi ce service ?
L'enfant	Le point de vue des infirmières sur la prise en charge de l'enfant.	Pour vous, quelles sont les spécificités de la prise en charge pédiatrique ?
La posture professionnelle	Comprendre comment l'infirmière se place au sein de la relation parents, enfant. Identifier si des contraintes sont présentes dans la prise en charge des parents en plus des enfants.	Quelle est la place du parent dans le soin ? Pouvez-vous me donner une situation dans laquelle vous avez inclus les parents dans la prise en soin ? Quelles sont les difficultés que vous pouvez rencontrer face aux parents ?
Les émotions	Identifier les émotions qui sont présentes lors de la prise en charge d'un enfant. Voir s'il y a une gestion des émotions par le soignant	Pouvez-vous me donner une situation qui vous a impacté émotionnellement ? Quels mécanismes mettez-vous en place pour ne pas vous laisser submerger Quels moyens mettez-vous en place pour conserver votre bien être émotionnel ?

12 Annexe II : Demandes autorisations entretiens

12.1 Pédopsychiatrie



INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS

Mme GORI Claire
Étudiant(e) en soins infirmiers
Adresse : 879 chemin st joseph
30300 Fourques

à Madame la Directrice des Soins
Monsieur le Directeur des soins

Téléphone : 06.18.30.02.47
Mail : clairegori18@gmail.com

Avignon, le 14 février 2024

Madame, Monsieur,

J'ai l'honneur de solliciter de votre bienveillance l'autorisation de réaliser des entretiens dans le service : de pédopsychiatrie [REDACTED] auprès de la population : d'infirmières dans le cadre de mon travail de fin d'études dont le thème est : la gestion des émotions dans la prise en charge d'enfants.

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

- Quel est votre parcours professionnel ?
- Quel a été votre motivation pour au final choisir ce service ?
- Selon vous, quel est ou qu'elles sont la/les spécificité(s) dans la prise en charge d'un enfant ?
- Pouvez vous me donner un situation qui vous impacté émotionnellement ?
- Quels moyens mettez-vous en place pour conserver votre bien être émotionnel ?

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

12.2 Néonatalogie



INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS

Mme GORI Claire
Étudiant(e) en soins infirmiers
Adresse : 879 chemin st joseph
30300 Fourques

à Madame la Directrice des Soins
Monsieur le Directeur des soins

Téléphone : 06.18.30.02.47
Mail : clairegori18@gmail.com

Avignon, le 14 février 2024

Madame, Monsieur,

J'ai l'honneur de solliciter de votre bienveillance l'autorisation de réaliser des entretiens dans le service : de néonatalogie

auprès de la population : d'infirmières

dans le cadre de mon travail de fin d'études dont le thème est :

« En quoi les émotions du soignant peuvent-elles impacter dans la qualité de la prise en soin d'un enfant ? »

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

- Quel est votre parcours professionnel ?
- Quel a été votre motivation pour au final choisir ce service ?
- Selon vous, quel est ou qu'elles sont la/les spécificité(s) dans la prise en charge d'un enfant ?
- Pouvez vous me donner un situation qui vous impacté émotionnellement ?
- Quels moyens mettez-vous en place pour conserver votre bien être émotionnel ?

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

|

12.3 Crèche



INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS

Mme GORI Claire
Étudiant(e) en soins infirmiers
Adresse : 879 chemin st joseph
30300 Fourques

à Madame la Directrice des Soins
Monsieur le Directeur des soins

Téléphone : 06.18.30.02.47
Mail : clairegori18@gmail.com

Avignon, le 14 février 2024

Madame, Monsieur,

J'ai l'honneur de solliciter de votre bienveillance l'autorisation de réaliser un entretien au sein de la crèche auprès de la population : d'infirmière ou puéricultrice dans le cadre de mon travail de fin d'études dont le thème est :
la gestion des émotions dans la prise en charge d'un enfant.

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

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

13 Annexe III : Réponses des demandes aux établissements

13.1 Service de pédopsychiatrie



RE: Demande entetien TFE
À : clairegori18@gmail.com

Boîte de réception - Google 14:26



Bonjour Madame Gori,

Vous êtes autorisée à faire vos entretiens au sein du Centre Hospitalier de Montfavet.

Vous pouvez contacter Madame [redacted] cadre de l'HDJ [redacted]

Cordialement,



Faisant Fonction Cadre Supérieur de Santé
Direction des Soins

13.2 Service de néonatalogie

Direction des Soins

Madame GORI Claire

Affaire suivie par :

Directrice Coordinatrice Générale des Soins

Cadre Supérieur de Santé chargée de mission
à la Direction des Soins

Avignon, le 21 février 2024

OBJET : travail fin d'études
N/Réf. votre lettre du 14 février 2024

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'émetts un avis favorable à cette démarche.

Je vous demanderai de bien vouloir prendre contact avec madame [redacted], Cadre de Santé du service de Néonatalogie au 04 [redacted]

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

Je vous prie de croire, Madame, à l'assurance de ma considération distinguée.

La Cadre Supérieur de Santé chargée
de mission à la Direction des Soins



13.3 Crèche

[Redacted]

15:58

À : Claire Gori

Bonjour,

Je vous confirme que j'accepte notre entretien dans le cadre de la réalisation de votre mémoire.

Cordialement,

[Redacted]

*Directrice adjointe de la crèche [Redacted]
Infirmière référente de santé et inclusion [Redacted]*

[Redacted]

14 Annexe IV : Entretiens

14.1 En pédopsychiatrie

1 **Claire : Je suis GORI Claire, étudiante infirmière en 3ème année et le thème de mon**
2 **mémoire c'est : « en quoi les émotions du soignant peuvent-elles impacter dans la qualité**
3 **de la prise en soin et d'un enfant ? ». Donc tout d'abord je voulais savoir quel est votre**
4 **parcours professionnel ?**

5 Andréa : 4 secondes de blanc. Alors moi je suis Andréa, je suis infirmière depuis 2008, j'ai
6 travaillé 10 ans chez les adultes donc j'ai fait 6 ans à peu près en accueil crises, 4 ans en post-
7 crises et suite à un congé parental de quelques mois j'ai repris en pédopsychiatrie à ma demande
8 sur un hôpital de jour donc pour adolescent

9 **Claire : D'accord et pourquoi ce service ? Pourquoi la la pédopsychiatrie**

10 Andréa : Alors moi la pédopsychiatrie c'est quelque chose qui m'a intéressé sur la fin de mon
11 parcours professionnel avec les adultes pas au départ, au départ je me sentais pas les épaules,
12 pas capable j'ai fait un stage en fait de psychiatrie pendant mes études mais voilà ça j'ai apprécié
13 ce stage mais je voyais pas en tant que professionnel dans ce secteur là et au bout du 8/9 ans
14 chez les adultes j'ai eu envie de découvrir d'autres univers d'autres façons de soignées d'autres
15 approches et j'avais l'impression d'avoir fait le tour de mon poste déjà un peu chez les adultes
16 et la difficulté de la pédopsychiatrie quand on travaille chez les adultes à l'hôpital de montfavet
17 c'est qu'en fait on voit pas beaucoup de vacances de postes c'est quand même un milieu qui est
18 assez fermé où on a du mal à postuler ou alors il y a un poste où il y a d'énormes demandes
19 donc en fait l'opportunité pour moi ça a été à ma reprise en fait de travail j'ai remplacé sur
20 l'hôpital de jour, à l'époque on s'appelait les (nom de l'ancien service) suite à une grossesse où
21 la personne ensuite est partie en congé parental et donc j'ai remplacée sur son poste et ils ont
22 ouvert un poste et j'ai été prise comme ça en fait.

23 **Claire : D'accord et au final au, au vu de ce parcours professionnel quelle est pour vous**
24 **la la spécificité du service de de psychiatrie pédopsychiatrie pardon et la différence avec**
25 **la prise en charge d'un adulte et d'un enfant ?**

26 Andréa : Bah déjà la prise en charge d'un enfant elle se fait pas sans ses parents ou tuteur légaux
27 euh en tout cas donc il y a beaucoup plus de partenaires dans les prises en charge donc y a donc
28 parents ou tuteurs légaux et souvent il y a quand même soit tout ce qui est protection de l'enfance

29 euh il peut y avoir donc beaucoup pour nous tout ce qui va être IME (institut médico-éducatif)
30 euh pas mal de scolaires aussi donc que ce soit classe Ulis (unité localisé pour inclusion
31 scolaire) ou classe normale collège / lycée donc nous on est dans la tranche d'âge 12/18ans donc
32 voilà on a autant de la période de collège que de la période lycée. On peut travailler aussi avec
33 la PJJ (protection judiciaire de la jeunesse) aussi là tout ce qui va être judiciaire donc voilà prise
34 en charge de l'enfance je dirais ce que en pédopsychiatre spécifique ça va être le travail avec
35 tous les partenaires, un gros travail avec la famille pour faire comprendre les soins, adhérer aux
36 soins il y a quand même pas mal de dénis hein sur des pathologies naissantes euh donc voilà et
37 puis les enfants ça ça bouge beaucoup dans leur structure psychique et rien n'est encore définie

38 **Claire :d'accord**

39 Andréa : par exemple à un moment c'est défini en tout cas il y a beaucoup de remaniement et
40 donc on peut-on peut quand même pas mal étayer intervenir et aider au mieux qu'on peut euh
41 pour qu'il puisse ensuite avoir un avenir rebondir soit reprendre une scolarité soit trouver
42 d'autres pistes en tout cas mais avoir une dans l'idéal une insertion dans la vie

43 **Claire : ok donc du coup je rebondis sur sur les parents donc on a dit que sans les parents**
44 **il n'y a pas de prise en charge de l'enfant et du coup quelle est cette place ici en psychiatrie**
45 **en pédopsychiatrie quelle est cette place du parent ?**

46 Andréa : Enfaite le parent c'est lui qui est demandeur

47 **Claire : oui**

48 Andréa : donc nous je sais je ne sais pas comment travailler tous les HDJ(hôpitaux de jour)
49 mais je sais que nous le médecin et la politique de la structure c'est quelle est la demande et de
50 qui vient la demande ?

51 **Claire : d'accord**

52 Andréa : donc souvent quand même on demande aux parents d'être demandeur du soin
53 demandeur de la prise en charge de leur enfant et bah ce qui du coup Oui et non mais ce qui
54 implique normalement euh que les parents soient un peu acteurs dans la prise en charge au
55 moins piliers pour parce que on peut avoir des enfants par exemple qui ont pas d'envie qui ont
56 du mal à sortir et donc même le trajet finalement pour venir sur l'HDJ est compliqué donc le
57 parent à ce moment-là doit aussi impulser et être moteur et être un peu solide finalement. Nous
58 on avance avec les ados sur l'HDJ et on peut aussi par moments faire tout ce qui est guidance

59 parentale c'est-à-dire on peut travailler avec les parents sur qu'est ce qui se passe à la maison et
60 comment on peut nous à l'HDJ, finalement aider ou étayer au maximum pour que l'ado
61 finalement ait de moins en moins besoin de nous

62 **Claire : D'accord et par rapport à cette prise en charge aussi des parents est-ce qu'il y a**
63 **une un frein / une difficulté dans la prise en charge après de l'enfant ou par exemple est**
64 **que vous pouvez me décrire une situation où les parents sans rentrer dans le vif du sujet**
65 **où vous avez pris en charge aussi les parents et ce qui a compliqué la suite de la prise en**
66 **charge ou justement faciliter la prise en charge grâce aux parents ? Je ne sais pas si ma**
67 **question était assez claire ça va ?**

68 Andréa : rire, euh en fait ce qui peut être difficile avec certains parents c'est tout ce qui va être
69 déni d'une pathologie naissante ou au moins de certains troubles parce que parfois on peut pas
70 poser de diagnostic donc on parle pas de pathologie et puis je ne suis pas médecin euh mais on
71 peut quand même voir sur l'HDJ certains ados présentant des troubles sévères et à avoir les
72 parents qui soient dans le déni complet alors qu'est-ce que ça qu'est-ce que ça bloque ?
73 finalement ça bloque le soin parce que nous parfois pour avancer on va avoir par exemple besoin
74 d'instaurer un traitement médicamenteux

75 **Claire : oui**

76 Andréa : Pour venir apaiser un ado trop angoissé ou pour venir contenir un délire qui serait
77 vraiment trop bruyant ou qui serait néfaste en tout cas pour l'ado euh pour diverses raisons on
78 peut devoir instaurer un traitement en tout cas le médecin et on a certaines familles qui refusent

79 **Claire : D'accord**

80 Andréa : parce que ben pour eux il y a cette fameuse crise d'adolescence où il y a il faut savoir
81 qu'ils sont avec leur enfant depuis toujours donc ils sont aussi habitués à un certain type de
82 comportement et parfois ça peut être normalisé à leurs yeux alors que nous sur l'HDJ on voit
83 bien qu'il y a

84 **Claire : quelque chose d'anormal**

85 Andréa : donc voilà c'est un exemple de ce qui peut où les parents peuvent parfois un peu
86 freiner. Et nous notre travail donc sur l'HDJ c'est d'accompagner aussi ces parents ou tuteurs
87 légaux ou famille d'accueil hein c'est pas toujours les parents mais en tout cas les figures

88 parentales les accompagner dans l'acceptation un peu des troubles de l'adolescent de façon à ne
89 serait-ce qu'on avance ensemble et dans la même direction

90 **Claire : d'accord oui dans le niveau posture professionnelle c'est vraiment un**
91 **accompagnement et c'est pas les forcer c'est juste les amener vers la solution qui serait le**
92 **plus convenable au final pour l'enfant**

93 Andréa : de toute façon on ne peut pas forcer nous les parents

94 **Claire : oui bien sur**

95 Andréa : hein quand on essaye alors souvent quand on le fait malheureusement on le fait pas de
96 façon consciente hein on peut sur un entretien avec le médecin être un peu plus directif souvent
97 on va perdre l'alliance thérapeutique hein

98 **Claire : oui**

99 Andréa : il nous est arrivé que les parents récupèrent l'adolescent de toute façon il n'y a pas
100 d'obligation de soin hein sauf si un juge l'a décidé mais là on est sur d'autres domaines. On va
101 perdre l'alliance thérapeutique si on force hein il vaut mieux qu'on soit dans un
102 accompagnement progressif et dans une recherche de compréhension

103 **Claire : oui**

104 Andréa : il va y avoir aussi toute l'aspect culturel qui va rentrer en jeu hein il y a certaines
105 familles de façon culturelle confier l'enfant à une institution c'est déjà quelque chose qui ne se
106 fait pas

107 **Claire : oui**

108 Andréa : donc il faut aussi quand c'est quand c'est le cas en avoir conscience avoir un peu
109 connaissance aussi de cette culture et pour pouvoir trouver un juste milieu il y en a un
110 accompagnement au plus proche des besoins finalement

111 **Claire : d'accord et j'ai oublié la question que j'allais poser mais c'est vrai que dans la du**
112 **coup on parle de la posture professionnelle par rapport aux parents mais par rapport à**
113 **l'enfant est-ce que c'est différent ? votre posture professionnelle de soignant comme fin**
114 **quand vous vous le prenez en charge quand vous savez peut-être les difficultés qui**
115 **rencontrent à côté, avec la famille avec sa famille pardon**

116 Andréa : bah nous une fois que l'ado nous est confié sur l'HDJ notre posture bah on l'adapte à
117 chacun de nos ados, on ne peut pas prendre en charge 12 ados de la même façon on est obligé
118 de s'adapter en fonction des troubles, du besoin, de la personnalité, de la culture de tout hein
119 chaque individu est un tout finalement et mais après quand même y a quelque chose de similaire
120 c'est à dire que sur l'HDJ on a quand même des règles un peu de de vies qui sont propres à
121 l'hôpital de jour il y a bien sûr des règles de vie en communauté qui sont imposées par la
122 l'institution par l'hôpital mais nous au sein de l'HDJ on a quand même des règles du vie de
123 groupe, il y a quand même des soins qui sont réfléchis et positionnés dans la semaine qui sont
124 proposées à des groupes d'adolescents. Donc il y a quand même une partie

125 **Claire : de la prise en charge**

126 Andréa : ouais de la prise en charge qui va être un peu groupale et un peu commune finalement

127 **Claire : oui**

128 Andréa : tout en essayant d'être au plus proche à chaque fois, de nous adapter au plus proche de
129 l'ado qu'on a en face de nous.

130 **Claire : d'accord et au final euh quand vous prenez en charge l'enfant est-ce qu'il y a une**
131 **sorte d'attachement ou si c'est rare enfin ?**

132 Andréa : oui en psychiatrie en règle générale quand même on fonctionne à peu près avec tous
133 ces transferts contre-transfert

134 **Claire : oui**

135 Andréa : c'est quelque chose qu'on peut pas ignorer qu'on peut pas laisser de côté et d'autant
136 plus quand on travaille avec des enfants il y a une espèce de proxémie un peu plus importante
137 enfin moi je trouve en tout cas que ce que j'avais quand j'étais chez les adultes euh quand même
138 une relation à l'autre, une relation au corps hein je veux dire on a des enfants qui peuvent venir
139 demander un câlin c'est des choses qu'on ne retrouve pas vraiment chez les adultes donc
140 effectivement en tout cas pour moi il y a un attachement qui se fait forcément avec chacun des
141 adolescents qu'on reçoit sur l'HDJ, plus ou moins en fonction de du transfert en fonction de
142 voilà

143 **Claire : mais c'est vrai qu'on parle souvent dans le soin de notion de juste distance mais**
144 **là par exemple en pédopsychiatrie ce n'est pas compliqué de garder cette distance et de**
145 **de pas trop s'attacher et parce qu'au final ça impacte sur les émotions ?**

146 Andréa : alors c'est compliqué dès fois il nous faut l'avoir mais aussi des fois il nous faut aussi
147 la mettre un peu de de côté hein je veux dire le gros chagrin de l'enfant de 12 / 13 ans qui a
148 besoin qu'on le prenne dans les bras et qui a besoin qu'on le console tout ça la distance physique
149 est abolie finalement. Après il y a d'autres formes de distance

150 **Claire : bien sûr**

151 Andréa : qu'on met en place et qui sont actives mais qui sont ce n'est quand même pas toujours
152 simple

153 **Claire : oui**

154 Andréa : hein parce que ça nous renvoie aussi nous ça dépend aussi de notre vécu si on est peut-
155 être parent nous-même ou grand frère, grande sœur sans spécialement être parents mais ça
156 dépend aussi voilà de nous et sinon je dirais qu'en règle générale c'est quand même compliqué
157 la distance, l'attachement et forcément donc les émotions que ça reste quand même quelque
158 chose de d'assez compliqué quand même dans ce métier là en fait en pédopsychiatrie

159 **Claire : d'accord justement est-ce que vous pouvez me donner une situation qui vous a**
160 **impacté émotionnellement ?**

161 Andréa : euh oui alors il y en a plein je vais

162 **Claire : peut-être une qui**

163 Andréa : oui une marquante donc on a accueilli un jeune adolescent euh nous sur l'hôpital de
164 jour euh je sais plus à la demande de qui me semble à la demande de l'école et de la mère euh
165 donc la mère c'est une fratrie 4 ans qui vivait tous au domicile de la mère séparés et euh il y
166 avait eu des violences conjugales et violences sur les enfants quand ils étaient très jeunes par le
167 père donc parent séparés donc là le père n'était plus au domicile mais ils ont vécu ces moments
168 où ils pouvaient se retrouver la mère et les 4 enfants retranchés dans la salle de bain pendant
169 que le père tambourine à la porte ça pose un peu cette image de notion de survie et de groupe
170 et de le système finalement qui s'est créé et donc nous on accueille ce jeune et rapidement on
171 voit bien qu'au domicile ça ne fonctionne pas

172 **Claire : oui**

173 Andréa : on a une maman qui essaie de faire de son mieux mais qui est épuisée et qui elle-même
174 doit faire face à ses propres difficultés psychiques mais qui se saisit de ce qu'on propose en
175 termes de CMP (centre médico psychologique), d'aide alors elle s'en saisit difficilement mais

176 on peut pas elle s'en saisit tout de même elle se met un peu au travail quand même cette maman
177 mais elle est quand même un peu elle est un peu sous l'eau finalement avec les 4 enfants à la
178 maison les 4 enfants qui présentent des difficultés chacune différentes d'ordre en tout cas
179 psychique ou de par exemple la grande sœur avait du mal à être dehors

180 **Claire : ok**

181 Andréa : donc on reçoit cet ado on s'aperçoit qu'à la maison ça dysfonctionne on fait des VAD
182 (visites à domicile), on étaye, on fait des rendez-vous tout ça c'est sur des mois et des mois hein
183 ce processus est très long et on en vient finalement à mobiliser également la protection de
184 l'enfance non pas pour dire que cette mère elle est pas capable mais pour dire il faut l'aider cette
185 maman finalement elle y arrive pas

186 **Claire : d'accord**

187 Andréa : ce n'est pas qu'elle ne veut pas c'est que des fois c'est pas toujours évident
188 financièrement pas évident enfin rien qui qui aller et on en vient progressivement et en
189 travaillant avec la mère hein donc là c'est un travail qu'on a fait avec elle à une demande de
190 placement de de cet ado qu'on reçoit sur l'hôpital de jour. L'ado pas ok avec ça, la maman ok
191 mais quand même un quelque chose qui est difficile, la séparation , l'éloignement voilà il y a
192 quand même une une fusion entre les enfants et cette maman et donc on le travail ça euh mais
193 voilà la réalité c'est que des places y en a pas tout le temps alors famille d'accueil on a pas trouvé
194 et que tout ça s'est étalé sur encore des mois et des mois ce qui nous mène à des années et
195 jusqu'au jour où une place en foyer d'urgence tombe et on nous dit on va venir chercher
196 l'adolescent et il va être mis euh il va être installé au foyer d'urgence donc le (nom du foyer) et
197 on nous explique qu'en fait la mère est au courant hein voilà l'AZE (s'est occupé de prévenir la
198 maman, prévenir l'ado et que l'ado va venir chez nous qui viendra le récupérer à la sortie de
199 l'hôpital de jour pour l'emmener dans ce foyer donc finalement l'hôpital de jour se retrouve
200 malgré lui un peu au cœur de ce changement c'est à dire qu'on devient finalement l'élément qui
201 va faire transiter cet ado de son domicile au foyer d'urgence donc bon l'ado il nous arrive très
202 mal très angoissés on adapte les soins ce jour-là et on essaie d'être au maximum rassurant et
203 étayant mais sauf qu'à l'heure où l'AZE (équipe accueil adolescents) vient chercher cette ado
204 donc nous on y est depuis 08h30/9h du matin sur cette situation ils viennent à 16h00 hein c'est
205 un jour on l'avait sur une journée complète et forcément l'ado s'effondre hein l'AZE arrive, l'ado
206 se met à pleurer je veux pas y aller s'il vous plaît et donc nous on doit quand même confier cette

207 ado à l'AZE finalement et le

208 **Claire : le laisser**

209 Andréa : la violence de la séparation se fait à ce moment-là la sortie de l'HDJ et moi je sais que
210 ce jour-là ça m'a beaucoup impacté

211 **Claire : je comprends**

212

213 Andréa : ça m'a beaucoup impacté je crois même que j'en ai pleuré je veux dire on en a parlé
214 en équipe hein c'est comme ça qu'on qu'on en parle même on en rigole parce qu'on dit les
215 équipes là en pédopsychiatrie font beaucoup de blagues tout ça mais ça nous permet aussi de
216 vulgariser ou de dédramatiser certaines situations et de les rendre acceptables et vivables et ce
217 jour-là voilà ça a été extrêmement violent parce que bah ça c'est des années qu'on travaillait
218 avec cette ado on avait quand même une certaine alliance et un certain attachement vis-à-vis de
219 lui ça ne voulait pas dire en plus qu'il n'allait plus venir en soin c'était ce moment séparation ou
220 on a été au cœur de son émotion à lui finalement et ça a été très très compliqué

221 **Claire : je comprends mais euh donc là vous avez dit que vous avez craqué que vous avez**
222 **même pleuré mais c'est vrai que souvent il y a plusieurs personnes qui essaient de de**
223 **mettre en place des mécanismes de défense pour éviter de se laisser justement submerger**
224 **par les émotions et vous avez parlé par exemple de de l'humour au final vous essayez**
225 **souvent de faire des blagues c'est vrai que vous arrivez à en mettre plusieurs de**
226 **mécanismes de défense vous en voyez plusieurs ou c'est souvent l'humour qui prime ?**

227 Andréa : bah il y en a plusieurs, il y a l'humour euh il y a le fait de pouvoir reprendre alors je
228 sais pas si on peut rentrer ça dans un mécanisme de défense mais on a quand même la possibilité
229 nous avec notre psychologue qui travaille chez nous de pouvoir aussi le reprendre dans certaines
230 situations de façon plus posée il y a tout ce qui est analyse de pratique alors même si on la
231 actuellement on en a pas c'est des choses qu'on a eu par le passé qui permettent aussi de voilà
232 de de remettre une certaine distance sur la situation de remettre ça sous le l'œil clinique
233 finalement donc je dirais que on a l'humour et on a alors à distance à chaud c'est c'est pas
234 toujours évident mais de remettre le contexte et de remettre un peu de la clinique dans le
235 contexte et de repartir du pourquoi

236 **Claire : vous le faites**

237 Andréa : on le fait ? pourquoi on avance comme ça ? et Ben ça permet de aussi de mettre un
238 petit peu de distance avec l'émotion finalement à ce moment-là après en moins en moyenne de
239 défense en moyenne défense je sais pas si on peut dire ça comme ça mais je sais que j'ai un peu
240 de route avant de rentrer chez moi selon les journées que j'ai passées je sais que c'est 30 min de
241 route elles ne sont bénéfiques elles m'aident à passer d'un endroit où voilà j'étais psychiquement
242 prise ouais même impacté émotionnellement parlant selon le le contexte c'est 30 min elle me
243 permettent de

244 **Claire : de lâcher prise**

245 Andréa : et d'arriver chez moi en ayant moins en tout cas voilà ayant un peu laissé derrière
246 certaines situations

247 **Claire : oui et vous mettez en place des fois ben à part du coup ce moment de 30 min de**
248 **voiture des moyens pour conserver le bien-être émotionnel parce que comme vous le dites**
249 **c'est souvent épuisant vous avez énormément d'informations sur Ben tout ce qui est la vie**
250 **des enfants donc tout ça ça devient fatiguant ça peut vite être épuisante stressant**

251 Andréa : on peut avoir du mal à couper de certaines situations et même quand on rentre je veux
252 dire des situations où l'ado est en fugue ce n'est pas parce qu'on part à 16h30 que l'ado n'est
253 plus en fugue hein il va passer la nuit dehors on le sait je veux dire ça serait mentir de dire que
254 je ne l'avais pas dans un petit coin de ma tête là c'est une situation assez récente même chez
255 moi

256 **Claire : oui**

257 Andréa : la première chose que j'ai fait en prenant mon travail le matin à 08h30 ça a été d'appeler
258 le foyer de téléphoner de voir si tout va bien si comment la nuit c'était passé euh mais après à
259 titre personnel moi j'essaie de faire un peu de sport Ben j'ai mes propres enfants ou conjoint en
260 tout cas avec qui je peux échanger mais sans rentrer dans les détails parce qu'on est quand même
261 tenu au secret professionnel et effectivement des informations on en a beaucoup donc je dirais
262 que là pour le coup le travail d'équipe aide beaucoup parce qu'on peut aussi sur certaines
263 situations on est très impacté on peut aussi choisir de prendre un peu de distance et de laisser
264 les collègues gérer le cœur de la situation

265 **Claire : oui bien sûr**

266 Andréa : on a pas besoin d'être tous sur un seul ado, on se réparti le travail et en fonction du
267 transfert contre-transfert on peut aussi dire Ben voilà moi je me mets en recul est-ce que toi tu
268 peux y aller et puis la prochaine fois ça sera moi après quand on sort du boulot moi je sais que
269 je me fais un point d'honneur à pas regarder mes mails, à pas passer d'appel et pas voilà quand
270 je sors à 16h30 c'est terminé jusqu'au lendemain 08h30 ça c'est quelque chose que je m'oblige
271 **Claire : en fait une coupure il faut cette coupure pour passer à autre chose**

272 Andréa : tout à fait bah parce que sinon on ne s'arrêterait pas quoi

273 **Claire : oui je comprends**

274 Andréa : donc voilà ça et puis ça fait que j'ai l'impression que voilà ça rend les choses il y a une
275 fatigabilité hein forcément mais ça rend les choses un peu plus euh fin moi j'arrive à couper.

276 **Claire : oui donc au final pour cette gestion de ces émotions et de de cet épuisement qui**
277 **qui est normal hein avec toutes ces informations la coupure elle se fait quand même assez**
278 **naturellement et et malgré tout ça malgré cette distance quand même qu'on que vous**
279 **mettez pour vous protéger aussi de toutes ces émotions qui qui entrent en jeu vous vous**
280 **arrivez naturellement à gérer et**

281 Andréa : je dirais que oui et puis pareil ce n'est pas actuellement oui

282 **Claire : oui**

283 Andréa : oui fin d'année c'était plus difficile parce que j'étais un peu plus fatiguée un peu plus
284 impactée de par de chose aussi de par ailleurs on est ce qu'on nous dit notre vie perso on nous
285 dit qu'on l'accroche à l'entrée de l'hôpital et puis on la récupère en sortant, ça c'est pas vrai hein

286 **Claire : oui oui bien sûr**

287 Andréa : ça ne marche pas comme ça, on fait avec ce qu'on est

288 **Claire : bien sûr**

289 Andréa : et on soigne avec qui on est aussi hein on est tous différents c'est ce qui fait la force
290 d'une équipe c'est que c'est des individus différents donc on fonctionne aussi tous différemment
291 mais on a quand même en termes d'équipe ce moment où on arrive à discuter des choses et et
292 actuellement moi je dirais que oui j'arrive à à couper assez naturellement et puis bon voilà j'ai
293 2 enfants en bas âge qui rapidement me mobilisent aussi c'est-à-dire que ma vie perso fait que

294 je ne peux pas ruminer ce qui s'est passé pendant la journée de travail parce que je suis prise de
295 par ailleurs par autre chose et que j'ai pas le choix.

296 **Claire : ouais c'est vrai que vous disiez que vous prenez du recul et que par exemple si**
297 **une situation vous vous la sentez trop difficile en fait vous préférez la laisser à d'autres**
298 **soignants par exemple donc au final c'est une sorte d'intelligence émotionnelle de se**
299 **rendre compte que à ce moment-là Ben peut-être on serait pas assez assez « fort » pour**
300 **la prendre en charge donc vous pensez qu'il est nécessaire quand même de se connaître ?**

301 Andréa : je pense que c'est bien de se connaître oui de se connaître soi et de connaître un peu
302 son équipe parce que c'est plus facile quand on connaît aussi ceux avec qui on travaille mais
303 moi j'ai pas honte à dire parfois sur certaines situations Oh ça me renvoie un truc qui me touche
304 un peu trop là est-ce que je peux faire un pas de recul et puis et les collègues souvent disent bah
305 oui moi ça va j'y vais et à contrario ça peut ça m'arrivait déjà plusieurs fois que les collègues
306 me disent un ou une bon bah cette situation c'est un peu difficile pour moi ça me renvoie un
307 truc je sais pas pourquoi on n'est pas toujours obligé d'analyser ce que ça nous renvoie hein on
308 n'est pas euh mais un travail qui serait intéressant à faire mais bon on peut pas faire pour en
309 même temps et naturellement voilà se mettre soit en avant soit en retrait effectivement oui moi
310 je trouve que c'est une sorte d'intelligence finalement parce que y a pas de honte à pas être
311 capable de à un moment donné et je pense que même dans ces moments-là moi à titre personnel
312 je pense que je ne ferai pas bien mon travail si j'allais au-devant de quelque chose qui déjà
313 m'est difficile je pourrais pas être dans un accompagnement au plus proche des besoins ou être
314 suffisamment soutenante tout en me sentant très impacté en fait par la situation

315 **Claire : Oui au final cette intelligence émotionnelle elle permet de garder notre**
316 **bienveillance au final dans notre soin**

317 Andréa : c'est ça et cette distance qu'il nous faut quand même parce que finalement on en parle
318 beaucoup de cette distance même si on l'abolie physiquement dans certaines prises en charges
319 parce que le psychocorporelle est quelque chose qu'on travaille sur l'hôpital de jour et qui nous
320 semble être important pour les ados mais euh il y a aussi la distance psychique

321 **Claire : bien sûr**

322 Andréa : à un moment donné il nous faut effectivement pouvoir décoller d'une situation parce
323 qu'on va pas être la personne la plus adaptée ou la plus à même de faire par exemple un entretien
324 infirmier un moment donné où l'ado est au plus mal mais voilà par contre ça nous empêche pas

325 moi en tout cas ça m'empêche pas de proposer d'autres soins c'est-à-dire que je peux dire là je
326 vais maintenir une certaine distance parce que ça m'est compliqué ça m'empêche pas sur un
327 soin socialisation par exemple on va être dans une dynamique de travailler quelque chose de
328 bien particulier là je peux complètement prendre en charge ce même adolescent finalement on
329 est sorti de de cette chose aiguë qui peut être difficile à gérer et pour lui et pour un ou des
330 soignants et être focus dans un soin alors bien sûr que l'ado est impacté émotionnellement donc
331 on l'accompagne aussi mais on est sur une autre chose et sur une autre dynamique finalement
332 **Claire : oui en fait au final vous gérez aussi vos émotions, celles de l'ado et en même temps**
333 **les votre donc c'est pour ça même si vos émotions sont présentes lors du soin vous allez**
334 **quand même essayer de tout faire pour être présent sur un autre soin pour l'aider quoi**
335 **fin**

336 Andréa : Ben voilà c'est ce qui fait euh

337 **Claire : le but c'est de pas tout lâcher quoi**

338 Andréa : et de ne pas lâcher du tout même

339 **Claire : bien sûr en tout cas merci beaucoup c'était très intéressant et vous avez bien**
340 **répondu à mes questions.**

14.2 En néonatalogie

1 **Claire : je suis étudiante infirmière 3e année mon mémoire, ma question de départ ça sera**
2 **« En quoi les émotions du soignant peuvent-elles impacter dans la qualité de la prise en**
3 **soin de d'un enfant ? » donc déjà quel-est ton parcours professionnel ?**

4 Chloé : Ben moi je suis Chloé une infirmière puéricultrice depuis peu. Je suis, j'ai intégré
5 l'hôpital en 2005 en tant qu'aide-soignante, euh je j'ai fait la double fonction AP/AS et en fait,
6 j'ai vu pas mal de services cancérologie, unité de soins palliatifs, urgence, réanimation adulte,
7 ensuite j'ai passé mon concours infirmier et puis je suis allée en chirurgie traumatologique, j'ai réintégré
8 j'avais fait la maternité, le bloc et tout ça j'ai intégré, j'ai un parcours un peu long (rire), j'ai
9 réintégré en fait les soins palliatifs en tant qu'infirmière là cette fois-ci pas en tant qu'aide-
10 soignante mais après à nouveau infirmière ensuite j'ai passé mon concours puéricultrice,
11 infirmière puéricultrice, je, j'ai fait un report d'année et j'ai intégré la réanimation néonatale et
12 ensuite Ben je suis partie à l'école.

13 **Claire : d'accord**

14 Chloé : donc voilà

15 **Claire : OK**

16 Chloé : depuis 2005 je suis à l'hôpital

17 **Claire : OK et du coup dans ce service depuis ?**

18 Chloé : Là, j'ai réintégré là j'étais de nuit j'étais de nuit chez les grands enfants en pédiatrie
19 grand et en réanimation néonate j'étais il y a un an et demi pendant un an de nuit et là j'ai réintégré
20 je suis en remplacement long pour l'instant il y a des postes à l'affichage mais voilà

21 **Claire : ok et donc pourquoi ce service ? c'est un choix ?**

22 Chloé : ben déjà c'est un choix, après on ne choisit pas toujours quand on réintègre l'hôpital.
23 On ne choisit pas forcément là où on veut aller mais après quand on est soignant ou nouveau
24 soignant c'est bien de faire plusieurs services pour pouvoir vraiment, pas rester sur ses acquis
25 en fait, toujours apprendre, toujours après, bien sûr il y a des spécialités que il y en a d'autres
26 qui vont préférer mais voilà

27 **Claire : ok**

28 Chloé : puis moi j'aime énormément, c'est très technique à la fois de la bienveillance c'est
29 cocooning donc voilà y'a de tout.

30 **Claire : d'accord et pour vous donc quels sont les spécificités de la prise en charge en**
31 **pédiatrie ?**

32 Chloé : ça dépend les services où on est il y a le cocooning, on va mettre plusieurs choses en
33 place. Selon on trouve des méthodes, on va on va pouvoir aussi par exemple la prise en charge
34 de tout ce qui est cutané, perfusions et tout ça on va mettre en place par le jeu, des associations
35 par le jeu, on va pouvoir aussi parler, hum ici c'est le cocon, sucre doux, ça dépend ce qu'on
36 veut, ce qu'on cherche en fait ça dépend ce que t'as pris, le sens de ta question vraiment est ce
37 que ça répond ?

38 **Claire : oui oui bien sûr c'est quelles spécificités, fin dans la prise en soin d'un enfant pas**
39 **forcément**

40 Chloé : bah la douleur, on prend soin de la douleur euh on va le prendre aussi en considération
41 la façon dont il est placé

42 **Claire : OK**

43 Chloé : vraiment donc ici on va peut-être faire de l'emballage aussi pour le maintenir ça
44 dépend, la succion ça dépend les services en fait

45 **Claire : et au niveau de la prise en charge fin quelle est la place là du parent dans la ?**

46 Chloé : dans la prise en charge ?

47 **Claire : oui**

48 Chloé : Eh bien c'est un partenariat de toute manière avec le les parents donc c'est la relation
49 soignant-soigné ça fait une triangulaire en fait soignant-parent-bébé et sans le parent Ben c'est
50 c'est moins facile, enfin ça sera on fera toujours le lien mais on crée le lien le parent est vraiment
51 aussi primordial et au cœur du soin aussi pour émotionnellement ,pour maintenir son bébé le
52 peau à peau, tout ce qui est coordination

53 **Claire : ok, pouvez-vous me donner une situation dans laquelle vous avez inclus les**
54 **parents dans la prise en soin ?**

55 Chloé : est-ce que c'est que spécifique aux enfants ou est-ce que c'est ?

56 **Claire : ouais, plus pour les enfants ouais**

57 Chloé : plus pour les enfants, alors bah là déjà par rapport à l'allaitement maternel ou quand on
58 va perfuser un bébé ou chez les grands enfants par exemple quand on justement on va perfuser,
59 le parent, bon des fois les parents sont moteurs de stress donc il faut déjà réussir à déstresser le
60 parent, à rassurer, pour que l'enfant puisse aussi coopérer. Aussi si je vais arriver, que le parent
61 a l'air très stressé, l'enfant, forcément on va projeter du stress à un enfant ou à un bébé donc du
62 coup c'est vrai que on va créer un environnement sécurisant comme ça, quand c'est sécurisant tout
63 est sécurisant du coup le parent on va le faire participer, on va lui expliquer, déjà on va lui demander
64 s'il craint pas la vue du sang, la perfusion, que l'enfant va peut-être crier ou pas et du coup on
65 va créer un environnement sécurisant donc nous en pédiatrie grand par exemple on avait des
66 fois des tourniquets de jeu, on avait le gazinox c'est le gaz hilarant, on l'expliquait à l'enfant et
67 le parent va participer. Par exemple on va lui demander de maintenir le masque donc si le parent
68 se sent il tient le masque du bébé, de l'enfant, il se met à la tête de l'enfant, il va discuter, on va
69 demander à l'enfant « qu'est-ce qu'il aime ? » et en fonction de ce que ce qu'il va nous dire par
70 exemple admettons, il y en a aussi un petit une fois j'aime le foot, j'aime les licornes donc on va
71 attirer son attention sur comme comme ci pas de l'hypnose mais comme si que on allait faire du
72 comment ça s'appelle ? de la relaxation, enfin on va on va utiliser ça et du coup les parents on
73 va leur demander de parler à leur enfant, de se mettre à la tête et de parler à l'enfant d'attirer
74 l'attention pour que nous, on va lui expliquer parce que les enfants ils ont besoin de voir ou de
75 savoir qu'est-ce qu'on va leur faire à l'avance donc on va vraiment lui expliquer dans un
76 environnement calme

77 **Claire : d'accord donc au final le parent en fait est toujours au milieu du soin en pédiatrie**

78 Chloé : Ah oui mais c'est primordial et je, même dans les chez les adultes en fait c'est comme
79 la famille c'est primordial, tout gravite au cœur enfin autour du patient quel qu'il soit, quel quel
80 que soit son âge, mais tout gravite autour de du patient et on fait participer les personnes qui
81 sont proches du patient

82 **Claire : d'accord euh pour la fratrie euh là en service ça se passe comment ? par exemple**
83 **en néonate ?**

84 Chloé : Ben la fratrie elle peut-elle a des droits de visite il faut qu'on sache un peu en se parce
85 que comme c'est des bébés un peu à risque voilà après les fratries, ils nous disent quand ils
86 viennent et puis ils se lavent les mains ils mettent le masque voilà ils viennent faire la rencontre
87 avec leur petit frère ou petite sœur

88 **Claire : d'accord donc plus d'un au sujet des émotions du coup pouvez-vous me donner**
89 **une situation qui vous a impacté émotionnellement ?**

90 Chloé : il y en a pas mal, depuis 2005 y'en a pas mal après le plus qui m'a impacté moi ça a été
91 en cancéro en soins palliatifs et puis aussi là en pédiatrie grand ça peut être aussi ici parce que
92 il y a eu des décès de bébé qui sont bien sûr palliatifs hein ou émotionnellement Ben les les
93 enfants enfin quand le bébé il décède Ben y a tout tout qui gravite autour et puis les parents
94 vont crier selon pleurer, crier, hurler et nous en tant que soignants on est des gens mais on est
95 des humains avant tout dans la bienveillance aussi et il faut y en a qui vous diront Ben non
96 émotionnellement il faut être un mûr mais on est des humains donc la juste place ou même
97 juste poser une main sur l'épaule écouter le silence fait partie aussi de de l'émotion et et les
98 parents ils savent qu'ils peuvent compter sur nous après il y a eu des annonces aussi de cancers
99 ou ça été difficile, voilà fait après je sais pas si ça répond vraiment ?

100 **Claire : si si**

101 Chloé : j'ai, j'en ai plein de situations mais après je sais pas si je peux

102 **Claire : c'était surtout pour essayer de se rendre compte fin de de comment t'arrives a**
103 **par exemple à gérer tes émotions face aux parents ?**

104 Chloé : Ben ça se fait, j'ai l'impression que ça se fait tout seul

105 **Claire : naturellement ouais**

106 Chloé : naturellement parce qu'en fait on peut pas rester imberbe à tout ça ou les regarder et en
107 avoir rien à faire, pas du tout, le le sens même de notre travail c'est quand même la bienveillance,
108 être à l'écoute, des patients, la passion de notre travail et transmettre aussi par la suite des choses
109 mais du coup ça s'est fait aussi dans le temps et j'ai appris aussi en même temps que que les
110 professionnels parce que l'identité professionnelle aussi fait partie de de la continuité de ton
111 travail tout au long de de ta vie tu apprendras tout le temps. Les jeunes nouveaux arrivants tu
112 vois ils nous apprennent encore et s'est bien de se remettre en question. Tu as des psychologues
113 aussi nous en service de soins palliatifs par exemple ce qu'on voyait des choses, tu te dis « mais
114 même que l'être humain ne peut pas supporter ça » c'est pas qu'on s'habitue pas du tout mais on
115 n'est pas sans cœur non plus parce que on entend dire des fois que les soignants certains sont
116 sans cœur pour travailler dans des services comme ça mais pas du tout au contraire ou bien au
117 contraire et et tu gères Ben quand t'as des t'as des fois t'as envie de pleurer hein avec les familles
118 ça peut arriver qu'il y a des qui pleure moi j'ai si j'ai pas pleuré mais j'ai eu des contrecoups

119 après par la suite mais la prise en charge tu vas t'adapter en fonction de ce qu'il y a et il reste en
120 fait des choses à donner donc Ben faut essayer de d'embellir en fait leur leur moment
121 d'hospitalisation.

122 **Claire : d'accord c'est vrai qu'on parle souvent de juste distance au final dans dans le soin**
123 **mais mais pour toi fin**

124 Chloé : faut pas être trop dans l'empathie parce que ça ça fait trop empathie en fait il faut savoir
125 ce que toi tes tes émotions il faut savoir vraiment comment toi tu te situes par rapport à la
126 situation, si tu as des, selon ton vécu, selon ce que tu as, ton histoire de vie en fait comment tu
127 vas te situer donc si par exemple, il faut, il faut pas avoir peur aussi de dire à ta collègue Ben là
128 c'est parce que j'arriverai pas à gérer émotionnellement je ne pourrais pas parce que ça peut te
129 rappeler quelque chose ça peut te tu peux pas parce que Ben c'est un tout petit ou tu te dis je
130 peux pas parce que ça me rappelle telle et telle chose telle situation il faut que que face à toi-
131 même tu fasses le point aussi de savoir comment comment tu te sens face à certaines situations,
132 comment toi tu vas gérer. Ben on fait comme on peut, avec les outils qu'on a et la personnalité,
133 la façon dont on est, ta propre identité professionnelle, les personnes qui gravitent autour de toi,
134 qui t'entourent, tu peux être submergé par des émotions parce que dans les émotions tu as
135 quelques émotions il y en a qui disent que tu as avec cinq/quatre émotions principales
136 cinq/six/sept mais la colère la tristesse euh, la peur la joie et tu as la surprise aussi qui fait partie
137 des émotions mais en même temps en fonction de ces émotions-là t'as des mécanismes de
138 défense et en fonction de ces mécanismes de défense Ben c'est ton corps c'est toi ton cerveau
139 comment il va s'adapter et on a on peut appeler ça aussi j'allais dire pas l'intellecte émotionnelle
140 mais euh

141 **Claire : oui l'intelligence émotionnelle**

142 Chloé : voilà l'intelligence émotionnelle et donc en fait en fonction des situations, de ce que tu
143 as vécu, de toi ta propre identité professionnelle et toi où tu en es par exemple face à la mort
144 face à la naissance parce que Ben la la la mort fait partie de la vie aussi et comment toi tu vas
145 gérer ça, toutes ces émotions toi par exemple toi tu vas être en colère contre quelqu'un ou
146 comment tu vas gérer ta colère tu vas pas aller voir la personne tu vas dire « Ah ça suffit ! » tu
147 vas pas lui crier dessus, non toi tu vas intérioriser aussi et la colère en fait la colère engendre la
148 colère donc ce que tu vas transmettre à la personne tu vois ça fait comme un feedback pouk la
149 communication hop si tu lui envoies de la colère la personne elle va te répondre comment ? en
150 colère la personne est en colère il faut que tu prennes ses émotions parce que tu absorbes aussi

151 les émotions des autres donc tu as tes propres émotions mais tu dois aussi celles des autres et
152 en fait tu gères les émotions des autres et Ben tu entends, tu écoutes, tu dis oui j'entends, oui
153 j'ai je vous écoute, je, j'entends ce que vous me dites. Des fois bah tu peux pas forcément
154 répondre à leurs attentes mais mettez la dans la bienveillance. Il faut au maximum faire et de
155 gérer je sais pas si ça répond vraiment à ta question ?

156 **Claire : si si complètement**

157 Chloé : c'est un sujet qui est tellement en fait il faut que c'est très vaste, très grand

158 **Claire : très vague**

159 Chloé : c'est un sujet ou il y a beaucoup de choses à dire, beaucoup de situations différentes,
160 complètement différentes et chacun gère par rapport à sa façon d'être

161 **Claire : ouais donc en soit le principal en fait c'est notre intelligence émotionnelle qu'on**
162 **se crée au fur et à mesure de notre de notre carrière en fait**

163 Chloé : et de ton vécu

164 **Claire : ouais et de notre vécu**

165 Chloé : de toi comment tu es face à autre chose aussi, comment ton caractère ta façon ta posture
166 professionnelle aussi savoir comment toi tu vas te maintenir. Y'en a qui vont pas pouvoir
167 gérer cette situation et d'autres qui vont passer le relais à ses collègues. Savoir passer le relais
168 à ses collègues c'est important aussi

169 **Claire : quand tu as parlé de mécanisme de défense tu penses que tu en as déjà utilisé toi**
170 **par exemple lors de situations ?**

171 Chloé : ben quand tu vois des parents qui pleurent de douleur, qui hurlent ou des parents par
172 exemple quand tu perfuses un enfant ils ont tellement peur ou même quand tu perfuses et qu'ils
173 vont voir du sang ils vont dire mon Dieu ils vont crier Ah mais en fait il faut que tu réussisses
174 à te concentrer sur ton soin mais en même temps à essayer de contrôler le parent

175 **Claire : oui**

176 Chloé : qui risque de te perturber dans ton, de faire pleurer le bébé ou l'enfant et qui risque de
177 te perturber dans ton dans la prise en soin donc ça ça peut être complexe

178 **Claire : d'accord**

179 Chloé : mais tu arriveras forcément à le gérer parce que les situations que tu vas vivre au fur à
180 mesure de ta vie professionnelle Ben tu diras Ben après tu te remettras en question est-ce que
181 ou tu pourras en parler en équipe ou avec les psychologues tu des fois ils mettent des
182 psychologues à disposition tu vois aussi et là tu peux en discuter tu vas dire bon bah voilà j'ai
183 rien comme ça est-ce que peut-être que je ferais mieux différemment la prochaine fois enfin tu
184 sais les émotions on n'est pas on on réagit comme on peut et avec ce qu'on a avec les bagages
185 de ta vie que tu as de tous les jours et après voilà les émotions c'est c'est c'est

186 5 secondes de blanc

187 **Claire : oui c'est tellement compliqué oui puis c'est tellement compliqué à gérer final**

188 Chloé : oui un film bien qui est bien fait hein le dessin animé vice versa

189 **Claire : oui**

190 Chloé : qui est très bien fait il y a le 2^{ème} qui va sortir donc les d'autres émotions qui vont se
191 rajouter et c'est très intéressant parce qu'en fait à chaque étape de la vie donc toi en tant que
192 personne comment tu te construis tu as des émotions qui arrivent hop et à l'adolescence comme
193 dit les hormones aussi pof une autre version qui arrive et je trouve qu'il est très très bien
194 représentatif de l'état émotionnel même si c'est un dessin animé

195 **Claire : c'est vrai c'est vrai hum est ce qui ce qui t'arrive de de mettre en place des des des**
196 **activités des des moments ou par exemple même des groupes de parole ect pour pour**
197 **parler de toutes ces émotions de ton ressenti sur les soins ou pas forcément au final tu**
198 **arrives bien à gérer tes émotions seule ?**

199 Chloé : ben en unité palliative nous on est une psychologue qui venait de l'Intérieur tous les 15
200 jour donc pour parler de situation des fois moi j'avais forcément pas envie de parler de certaines
201 situations de reparler de certaines situations qui s'étaient passées parce que de ressasser les
202 choses sur des pour moi hein personnellement j'avais pas envie forcément de ressasser des
203 choses que j'avais vécues après y a des personnes qui ont besoin de parler sur le moment parlez-
204 moi c'est il faut parler sur l'instant parler de ce qu'on a vécu peut être de suite tu vois quand on
205 ferme la porte et qu'on voit avec les médecins et tout ça voilà qu'est-ce qui s'est passé j'ai besoin
206 de dire mais après toi en tant que que professionnel Ben tu peux faire des groupes de parole et
207 tout ça mais tu peux en parler à tes collègues à l'extérieur c'est un peu compliqué d'en parler

208 **Claire : et oui**

209 Chloé : tu vois dans ta famille tu en parles pas en principe tu dis Ben voilà j'ai vécu ça ça peut
210 être c'était terrible mais tu dis pas plus tu vas pas être dans le détail mais après tu peux gérer en
211 allant voir toi à l'extérieur voir une psychologue, tu peux gérer en faisant de la sophrologie euh
212 de l'acupuncture fin toutes ces médecines secondaires qui peuvent t'aider tu peux aller faire du
213 sport voilà c'est un très bon antidépresseur mais après euh

214 **Claire : ok d'accord**

215 Chloé : ici ils mettent en place voilà il y a nos psychologues qui sont ici

216 **Claire : oui mais pour toi enfin tant ta gestion des émotions te suffit**

217 Chloé : j'ai c'est vrai que il y a eu tellement de choses

218 **Claire : dans ta carrière après**

219 Chloé : puis j'ai un tempérament où bah je prends ce qui arrive, je gère au moment où c'est à
220 gérer et c'est sûr ça va peut-être me tracasser parce que je suis quelqu'un qui cogite, qui cogite
221 dans le sens où si mon travail est bien fait, si mon patient surtout et bien au cœur du soin et si
222 il a pas eu de douleur parce que voilà à partir du moment où la prise en charge est bien et que
223 tout se passe bien même si le décès ou autre chose si l'accouchement s'est pas bien passé ou en
224 fait le fait de de parler une première fois même à la personne concernée par exemple y a des
225 mamans c'est les accouchements qui se passent très très mal, là on a eu une maman aussi ou son
226 bébé jumeaux est décédé donc elle a elle le jumeau est resté vivant mais l'autre est décédé eh
227 bien cette maman l'a le premier accueil que je l'ai je lui ai fait quand elle était arrivée ici mais
228 déjà parce que je savais déjà son contexte quand tu sais le contexte tu des fois tu

229 **Claire : tu te prépares peut-être aussi**

230 Chloé : des fois y'en a qui ont pas forcément des mots mais c'est difficile de trouver des mots
231 et de dire mais je je leur parle et je lui demande ce qu'elle ressent ce qu'elle a vécu comment le
232 fait de d'en parler et que elle pleure autant la personne va pleurer elle va peut-être revenir sur
233 mon épaule pleurer et Ben elle vient sur mon épaule pleurée je suis là si elle a besoin voilà après
234 c'est sûr que je vais sortir de la chambre et je vais parler à mes collègues je vais dire elle m'a
235 fait de la peine ou voilà c'est triste mais il faut essayer aussi de de pas être trop empathique
236 parce que tu peux faire des burn-out ou tu peux faire des dépressions ça peut arriver

237 **Claire : oui sur l'épuisement professionnel ça arrive vite au final**

238 Chloé : ça peut arriver vite oui

239 **Claire : d'accord**

240 Chloé : mais voilà il faut cette juste distance pas trop mais pas pas trop de juste distance juste
241 ce qu'il faut

242 **Claire : et ça on la trouve au final ?**

243 Chloé : ça sera au naturel de l'expérience que tu vas avoir ça sera au fil du temps de l'existence
244 que tu vas avoir au fil des années après peut-être que ce que j'avais vécu quand j'avais 18 ans
245 ou quand je soignais ben je le vis moins fin je le vis différemment aujourd'hui parce que Ben
246 ton histoire de vie fait que après peut-être que t'as des enfants après tu construis ta vie tu as vécu
247 des décès dans ta famille tu as vécu des naissances t'as vécu des accidents de la voie publique
248 des drames enfin ou pas forcément des drames des moments de joie où justement peut-être que
249 si t'as jamais construit ou si t'as jamais vu de de de choses dans le milieu hospitalier faut se dire
250 aussi des fois que tout n'est pas beau et tout n'est pas rose même en maternité

251 **Claire : et oui**

252 Chloé : la naissance c'est super et tout mais des fois y a des accouchements qui se passent pas
253 très très bien qu'en finalité ça se passe enfin la finalité elle est heureuse mais sur le moment les
254 accouchements certains accouchements ça se passe pas forcément

255 **Claire : puis il y a des finalités qui sont pas forcément euh**

256 Chloé : voilà après moi émotionnellement je sais pas

257 **Claire : peut-être la force de caractère qui fait que**

258 Chloé : je sais pas fin émotionnellement après moi je suis quelqu'un de de d'hypersensible donc
259 on ressent les émotions et on ressent les les choses des gens et c'est vrai que Ben après on fait
260 ça on fait déjà on gère ses propres émotions et en plus on gère les émotions des autres mais du
261 coup on est aussi dans l'empathie dans le ressenti et de de s'adapter en fait d'adapter
262 d'adaptabilité j'arrive même plus parler en fonction de la situation du parent les mots que tu vas
263 employer pour cette personne pour telle personne voilà peut être même pas de forcément de
264 mots être présent de dire que tu es là si ils ont besoin et que voilà

265 **Claire : oui et c'est pas compliqué justement de de trouver les bons mots pour reconforter,**
266 **pour euh sachant que nous aussi on est pris par nos émotions fin**

267 Chloé : ça peut ça peut des fois il faut que tu prennes un peu une bonne respiration et surtout
268 voilà et je il y a des situations où ben tu vas, y a des parents ils vont ils sont pas bien et que

269 l'enfant de 15 ans ou 14 ans va rester mais qui est pas forcément au courant de la situation de
270 sa sa mère ou de son père qui va perdre et il croit qu'il est malade mais qu'il va rentrer et en
271 faites faut leur annoncer que la personne on rentrera pas quoi et que tous les personnes ne sont
272 pas forcément à l'idée mais après c'est une façon de parler et d'analyser aussi les les gestes les
273 mouvements, les les personnes euh quand par exemple quand je travaille en traumatologie il y
274 a un monsieur un médecin qui me dit bah voilà il faudrait ce monsieur, bon il vient pour la
275 traumato mais en même temps il vient avec d'autres pathologies de la cancéro il n'y a pas que
276 le problème principal qui était à ce jour la traumato fracture et tout ça mais il fallait parler tout
277 en amont après de de ce qui allait se passer à domicile ce monsieur ne voulait pas entendre que
278 il était soins palliatifs et voulait pas entendre ce que c'était le soin palliatif étant donné que
279 j'avais déjà travaillé à l'intérieur on m'a dit Ben vas-y on en éclaireur. C'était mon patient ce
280 jour-là donc j'ai dit Ben j'y vais donc j'y suis allée et ce patient en fait on a en discuté je lui
281 donne ces traitements on discute, ses perfusions et tout ça et puis en discutant je lui dis Ben en
282 fait faut rester sois même, il faut pas avoir peur des mots et des choses si la personne veut rien
283 entendre bien entendu que tu vas pas dire « Ah mais gnagnagna » mais déjà il faut savoir ce
284 que la personne sait et en fonction de ça il faut lui faire répéter et et écouter ce qu'il a à te dire
285 même écouter ses silences pour savoir qu'est-ce qu'il a à te dire et la personne en fait quand je
286 lui ai expliqué je lui ai demandé les soins palliatifs, il m'a dit « oui, on m'en a parlé », je lui ai
287 parlé de l'équipe mobile, qui pouvait venir à domicile tout ça et je lui ai demandé ce que c'était
288 les soins palliatifs, s'il savait vraiment ce que c'était les soins palliatifs ? souvent la plupart des
289 gens ils associent soins palliatifs à la mort sauf que les soins palliatifs c'est pas que ça, c'est
290 pallier la douleur, pallier tout ce qui a besoin autour le confort, tout ce qu'il y a à faire quand tu
291 sais que en curatif c'est terminé mais il y a encore beaucoup de choses à faire. Il y a des
292 personnes qui sont en soins palliatifs mais qui vont vivre encore 10 ans mais qui sont juste
293 identifiés soins palliatifs et c'est des personnes voilà et en fait Monsieur le jour où je discutais
294 avec lui et je lui ai dit « demain vous me donnerez votre réponse, je suis là encore, je travaille
295 demain vous me direz » et en fait ça fait son cheminement et puis dans le lendemain il m'a dit
296 « Ben au fait vous rappelez hier vous m'avez parlé de l'équipe mobile de soins palliatifs je suis
297 tout à fait d'accord pour que l'équipe mobile vienne à mon domicile pour vérifier ce que j'aurais
298 besoin par la suite » et tout ça parce que il y a quand même des aides d'assistante sociale il y a
299 il y a vraiment des psychologues y a tout en fait

300 **Claire :** oui donc en fait notre but en tant que soignant au final c'est c'est de les
301 accompagner dans la parole la communication et et créer cette relation au final pour

302 Chloé : relation de confiance

303 **Claire : pour créer cette relation de confiance**

304 Chloé : bien sur, s'il n'y a pas de relation de confiance le soin ne se fera pas et la personne n'aura
305 pas confiance en toi donc après tu peux proposer quand quand tu dis les choses clairement

306 **Claire : oui**

307 Chloé : bah la personne elle a confiance après faut pas dire cash voilà la personne elle a ça et
308 ça non c'est vraiment un cheminement au fur et à mesure et il faut que tu gagnes la confiance
309 de la personne

310 **Claire : oui au final quand je demandais les spécificités prises en charge pédiatrique par**
311 **rapport aux adultes au final ça ça se rejoint certes l'enfant on par moments mais par**
312 **exemple ici en néonate on alors oui on parle avec lui hein on lui explique tous les soins qu'on**
313 **fait**

314 Chloé : bien sur il faut parler même quand il est dans le ventre

315 **Claire : bien sûr mais au final la relation se crée avec l'enfant mais aussi beaucoup**
316 **avec les parents et et donc ça rejoint la**

317 Chloé : oui ça fait une triade

318 **Claire : voilà et ça au final ça rejoint en fait la prise en charge adulte ou c'est la famille**

319 Chloé : après il faut adapter en fonction de l'âge il faut adapter en fonction de ce qui va recevoir,
320 de ce qui va entendre et puis il faut voir aussi si par exemple l'enfant il a peur s'il a peur tu vas
321 pas agir tu vas trouver solution en fait essayer pour qu'il ait moins peur et ça n'empêchera pas
322 qu'il ait peur mais il aura une certaine confiance pour qu'on puisse faire le soin, si tu vas brument
323 et que tu dis Ben c'est comme ça on n'a pas le temps il faut faire ça ça ça c'est sûr qu'il aura pas
324 forcément de relation. On va adapter le soin en fonction de de l'émotion de l'enfant

325 **Claire : ok**

326 Chloé : Pour pouvoir faire le soin en fait si l'enfant au début il refuse tu vas pas faire le soin tu
327 vas attendre qu'il se calme tu vas aller au petit à petit et avec confiance

328 **Claire : d'accord et pour ce qui est de l'enfant hospitalisé fin on le ressent comment ?**
329 **Enfin est-ce qu'il s'en rend réellement compte ?**

330 Chloé : Ben parce qu'il n'est pas dans un environnement connu

331 **Claire : ouais c'est ça**

332 Chloé : donc oui il s'en rend compte après ici en Néonate c'est différent mais ils s'en rendent
333 compte quand même ils ont pas la par exemple ils ont pas les

334 **Claire : les parents**

335 Chloé : forcément le les parents 24 h sur 24, on utilise beaucoup le peau à peau parce que ça il
336 a besoin de la chaleur, le rythme cardiaque, ça régule beaucoup de choses en fait au niveau de
337 respiratoire, au niveau mais en pédiatrie grand par exemple Ben ils sont pas dans dans leur
338 environnement pour dormir c'est difficile la nuit les petits il y a beaucoup d'angoisses la nuit,
339 les ados c'est pareil la c'est voilà tout est décuplé les émotions sont décuplées la nuit parce qu'ils
340 sont pas dans leur environnement nous on est en plus avec des blouses blanches ils ont des
341 perfusions des des machines qui sonnent de partout donc c'est aussi l'émotion se gère aussi en
342 fonction de ce qu'on a dans l'environnement si s'il y a beaucoup de brouhaha c'est générateur de
343 stress si tu fais ton environnement de telle façon à ce que cet environnement soit sécuritaire Ben
344 tu vas mieux travailler les émotions et tu vas mieux t'adapter aux soins mais toute manière tu
345 t'adaptes en fait en fonction de l'émotion et de de la personne que tu as en face de toi

346 **Claire : d'accord, ok**

347 Chloé : et tu reçois les émotions telles qu'elles sont des fois tu peux les recevoir brut de
348 décoffrage comme ça, tu peux recevoir des émotions Ben voilà de je suis heureuse parce que je
349 vous remercie de de de tous les soins de vous prodiguer ça peut être pour gérer les émotions ça
350 peut être un petit mot encourageant sur le tableau pour les parents quand ils étaient présents
351 voilà tu fais un petit soleil tu dis « voilà félicitations aujourd'hui j'ai tété ça » euh voilà ou faire
352 une petite photo quand les parents sont pas là pour immortaliser les moments quand eux ils
353 étaient pas là et c'est vrai que émotionnellement ça fait du bien aux parents aux enfants moi je
354 sais que aussi en pédiatrie grands des fois je j'ai des stylos licornes bon ici ça me servira mais
355 j'ai des des stylos licornes qui brillent la nuit des fois je les faisais briller et en fait je quand ils
356 ont peur ils te disent non non non je veux pas et puis en fait tu donnes un petit stylo un petit jeu
357 tu parles de pikachu tu parles fin selon leur centre d'intérêt et en fait tout en en essayant d'avoir
358 leur centre d'intérêt émotionnellement t'arrives à leur faire relâcher un peu la pression
359 émotionnellement ils sont un peu plus tranquilles

360 **Claire : puis ils sont soutenus au final**

361 Chloé : voilà et puis après après ils ont moins peur de toi tu les checkes toc-toc-poc, tu vois tu
362 leur apprends des trucs

363 **Claire : c'est plus dans l'amusement au final dans certains moments mais c'est juste pour**
364 **créer cette relation de confiance et de de lâcher prise et de**

365 Chloé : vraiment l'état émotionnel c'est vraiment partie l'émotion et et c'est l'environnement
366 qui y joue aussi beaucoup ce que tu vas mettre toi, les tactiques et les mécanismes de défenses
367 que tu vas mettre en fait c'est comme un feedback comme la communication ou ce que toi quand
368 tu vas arriver si t'es quelqu'un qui est pas très sûr de toi qui dit « oula non je sais pas », « je sais
369 pas trop comment ça va faire », forcément la personne en face à sera pas rassurée

370 **Claire : et oui**

371 Chloé : donc émotionnellement elle risque de d'avoir peur tu vois

372 **Claire : ouais donc au final dans notre posture professionnelle pour conclure il faut être**
373 **au final hum comment dire bienveillante, dans la communication, la rassurance**

374 Chloé : oui il faut être en fait il faut être au final il faut être toi même après c'est chacun sa façon
375 de fonctionner je vais fonctionner peut-être je vais peut-être cocooner beaucoup mes patients
376 que y a d'autres personnes qui vont être dans l'état émotionnel différents mais qui cocooneront
377 quand même leurs patients mais d'une façon différente mais après ça se travaille et puis les
378 émotions il y a tellement de choses à dire dessus que

379 **Claire : oui s'est propre à chacun et**

380 Chloé : c'est de ta vie, de ton vécu, de comment toi tu ressens les choses comment toi tu vas
381 gérer les choses aussi ce que tu mets en place pour gérer tes propres émotions, ce que le regard
382 que tu as sur sur la maladie, sur la vie, sur plein de choses, sur les accidents de la voie publique
383 parce que ça c'est du milieu hospitalier après dans la vie de tous les jours même par exemple tu
384 vas en PMI, tu vas ailleurs dans d'autres en fait il faut que toi tu t'adaptes à ton environnement
385 et à ton patient

386 **Claire : d'accord**

387 Chloé : c'est pas le contraire c'est pas le patient à s'adapter à toi en fait c'est toi qui doit t'adapter
388 en fonction de du patient et de l'émotion au moment où s'il y a une annonce ce qu'il a entendu,
389 ce qu'il a compris, ce que voilà

390 **Claire : d'accord**

391 Chloé : et ça tu le feras toute ta vie parce que toute ta vie parce que tu vas évoluer même
392 intellectuellement tu vas évoluer et tu vas apprendre de tes confrères, de tes collègues de boulot,
393 de des personnes que tu rencontreras qui font partie de ton train de vie et que Ben il y en a ils
394 vont descendre de ton train rapidement il y en a que tu vas garder un petit moment un bout de
395 chemin avec toi et voilà et ça dépend en fait

396 **claire : d'accord ok**

397 chloé : je sais pas si j'ai répondu

398 **claire : si si**

399 chloé : réellement bien, comme il faut à toutes tes question, si c'était ce à quoi tu t'attendais je
400 sais pas après tu sais

401 **claire : non non c'était franchement super intéressant et puis au final c'est ce qui va se**
402 **passer dans notre carrière donc non non très intéressant et et oui ça a répondu à à mes**
403 **questions**

404 chloé : et j'espère que ça t'a aidé un peu

405 **claire : bien sûr en tout cas merci beaucoup.**

406 chloé : mais de rien avec plaisir.

14.3 En crèche

1 **Claire : Donc du coup je suis claire étudiante infirmière donc sur Avignon en 3e année et**
2 **je fais mon mémoire sur « en quoi les émotions du soignant peuvent-elles impacter dans**
3 **la qualité de la prise en soin d'un enfant » donc déjà quel est votre parcours**
4 **professionnel ?**

5 Sandra : Alors moi je suis Sandra, je suis diplômée depuis 2015, euh j'ai d'abord travaillé en
6 EHPAD jusqu'en 2018 et je travaille en crèche depuis 2018, j'ai d'abord été infirmière de terrain
7 donc au même titre que mes collègues qui travaillaient auprès des enfants et après en 2019 j'ai
8 pris un poste de direction pendant 3 ans

9 **Claire : d'accord**

10 Sandra : et depuis 2022 je travaille au CCAS (ville) et je suis directrice adjointe de la crèche
11 (nom) et je suis référente de santé et accueil inclusif sur toutes les crèches municipales de la
12 ville

13 **Claire : d'accord donc et donc ici c'est depuis 2019 ?**

14 Sandra : depuis 2022

15 **Claire : 2022 ici**

16 Sandra : de 2019 à 2022 j'ai été directrice d'une crèche près de (ville) et depuis 2022 donc je
17 suis directrice adjointe de la crèche et référente santé de toutes les crèches municipales de la
18 ville.

19 **Claire : d'accord et pourquoi vous avez décidé du coup de devenir directrice de crèche ?**
20 **c'est un choix ?**

21 Sandra : alors non, à vrai dire alors moi quand j'ai fait mes études d'infirmière j'ai toujours eu
22 envie de faire de la pédiatrie après bon je sais très bien que les stages sont très compliqués pour
23 avoir des lieux de stage et et en fait bon après quand j'ai eu mon diplôme j'ai commencé à
24 travailler et quand je suis partie de de l'EPHAD où j'étais j'ai cherché du travail j'ai déposé des
25 CV partout et en l'occurrence j'ai déposé des CV dans une crèche c'était un remplacement d'un
26 mois au départ et en fait ça s'est transformé en en placement d'un an et demi puis après on m'a
27 proposé un poste de direction donc en fait je suis arrivée un petit peu dans le dans le monde de
28 la crèche en tout cas un peu enfin par hasard. J'avais postulé mais c'était un remplacement d'un

29 mois donc je ne pensais pas que ce serait quelque chose qui durerait puisque du coup maintenant
30 ça fait 6 ans et que je travaille en crèche

31 **Claire : d'accord oui bah après dans tous les cas vous avez quand même une petite**
32 **attirance pour la pédiatrie donc euh**

33 Sandra : oui, je j'ai fait un stage en pédiatrie d'ailleurs en 3e année

34 **Claire : oui**

35 Sandra : mais bon c'était en en soins intensifs et en réanimation néonate donc c'était quand même
36 vraiment très particulier euh mais bon je n'avais pas pu avoir de stage autre. Je voulais la
37 pédiatrie avec l'enfant qui parle mais bon j'avais déjà réussi à avoir un stage en pédiatrie c'était
38 déjà bien.

39 **Claire : oui oui c'est sûr**

40 Sandra : mais voilà disons que oui et après disons que le les opportunités professionnelles n'ont
41 pas non pas forcément enfin j'ai saisi plutôt les opportunités professionnelles plutôt que de partir
42 en école de puéricultrice.

43 **Claire : d'accord oui c'est c'est un choix aussi**

44 Sandra : voilà donc euh je m'étais posée je me suis posé la question mais du coup voilà après
45 comme on m'a proposé un poste de direction j'ai saisi l'opportunité mais

46 **Claire : bien sûr**

47 Sandra : du coup je n'ai pas repris les études

48 **Claire : de puéricultrice**

49 Sandra : voilà

50 **Claire : d'accord et du coup sachant que vous avez fait Ben en EHPAD et maintenant Ben**
51 **en crèche vous avez vu une différence fin une spécificité entre la prise en charge enfant et**
52 **adulte ?**

53 Sandra : Ah bah ça c'est sûr que de toute manière je fais les 2 extrémités de la vie on va dire

54 **Claire : complètement**

55 Sandra : donc voilà après j'ai adoré travailler en EHPAD

56 **Claire : ouais mais**

57 Sandra : je sais que c'est pas ce que les étudiants rêvent de faire mais travailler avec la personne
58 âgée c'est vraiment hyper intéressant travailler en ehpad moi ça m'a permis quand même
59 vachement de d'apprendre sur Ben bon déjà de m'autonomiser hein parce qu'on ne pratique pas
60 vraiment après moi j'ai un regard très critique sur la formation d'infirmière donc voilà mais j'ai
61 beaucoup appris sur le terrain du coup et puis en plus voilà c'est des personnes généralement
62 qui sont Poly pathologiques donc on apprend plein de choses

63 **Claire : oui**

64 Sandra : après travailler en crèche disons que c'est pas forcément euh ce qu'on voit de
65 l'infirmière quand on fait l'école d'infirmière puisque du coup moi je suis plus du tout

66 **Claire : dans le milieu**

67 Sandra : je suis plus du tout dans le soin technique en fait hein, ça va être plutôt tout ce qui est
68 prévention et tout ce qui est bobologie on va dire mais je et en plus de ça je travaille alors je
69 travaille en pédiatrie oui dans un sens mais je travaille avec l'enfant sain

70 **Claire : oui**

71 Sandra : je ne travaille pas avec l'enfant malade donc du coup c'est vrai que c'est inversant qui
72 est tout à fait différent oui

73 **Claire : Ah oui complètement**

74 Sandra : c'est sûr infirmière dans votre pratique de manière on va dire générale et quand on
75 parle d'une infirmière on voit pas forcément une infirmière en crèche et je vais voilà je suis pas
76 je suis partie c'est une autre voie en fait c'est autre chose

77 **Claire : oui sur autre chose mais**

78 Sandra : c'est autre chose mais voilà c'est c'est quoi qui a pas voilà c'est pas vraiment une image
79 qu'on a de l'infirmière quand on fait l'école d'infirmière et ni et des gens quand on le dit que je
80 suis infirmière en fait je fais beaucoup d'administratif et voilà plus de la prévention que du soin
81 enfin je fais pas de soin technique

82 **Claire : oui d'accord et du coup bah là même si vous faites beaucoup d'administratif on**
83 **le sait que dans la prise en charge de l'enfant Ben il y a forcément le parent qui est relié**
84 **et donc là ici vous la voyez comment cette place du parent ?**

85 Sandra : alors euh

86 **Claire : je ne sais pas si c'est clair ma question ?**

87 Sandra : oui non mais j'avais eu vos questions de toute manière avant que vous veniez. Disons
88 que alors nous ici je vais parler plutôt de manière générale et pas forcément sur le soin en lui-
89 même le parent il a une place qui est prédominante puisque en fait c'est vraiment une alliance
90 tripartite c'est-à-dire le parent l'enfant et les professionnels euh la place du parent elle est
91 prédominante dans la prise en charge de l'enfant en crèche du coup bah le parent on accueille
92 la famille en fait et pas que l'enfant après dans tout ce qui va concerner plus spécifiquement les
93 soins

94 **Claire : ouais**

95 Sandra : euh disons que bah les parents ils m'appellent parce que je suis là figure médicale de
96 la crèche que quand ils ont eu un questionnement médical sur des petites des petits bobos ou
97 des maladies infantiles c'est moi qu'ils appellent après je reste infirmière et pas médecin donc
98 je peux pas poser de diagnostic donc je les envoie vers un médecin mais c'est vrai que du coup
99 les que ce soit les équipes ou les parents se tournent vers moi quand

100 **Claire : il y a quelque chose**

101 Sandra : quand il y a de petits boutons suspects voilà et après et après on va dire que si oui d'une
102 manière générale je j'ai un c'est et sur toutes les crèches (ville) du coup c'est maintenant y a plus
103 de médecins c'est un référent de santé c'est pas forcément un médecin ça peut que l'infirmière
104 en l'occurrence c'est moi du coup je vais avoir par contre je vais potentiellement prendre des
105 décisions sur est ce que l'enfant peut être accueilli en fonction de son état général, il y a tout un
106 tas de protocoles qui ont été rédigés donc que j'ai rédigé collaboration avec mes autres collègues
107 qui sont directrices et qui sont pas infirmières et donc du coup voilà y a quand même des
108 protocoles médicaux à respecter dans les crèches et et donc je vais avoir un avis médical enfin
109 en tout cas para médical sur l'état de l'enfant et donc son potentiel accueil en crèche

110 **Claire : d'accord et vous avez déjà pu revenir auprès des parents sur des situations qui**
111 **vous dérangent peut-être je ne sais pas si vous avez une situation sans rentrer dans les**
112 **détails précisément mais qui qui vous a interpellé et du coup vous avez été obligé de**
113 **mettre en relation les parents ?**

114 Sandra : non alors en fait disons que les parents ils ne suivent pas forcément les protocoles
115 comme un peu partout hein

116 **Claire : ouais**

117 Sandra : des fois c'est moi qui les appelle pour leur dire bah là vous voyez on est à la 3e selle
118 liquide le protocole dit qu'à la 3^{ème} selle liquide, vomissement ils doivent rentrer au domicile
119 voilà c'est aussi du classique après par contre là où il y a vraiment une partie médicale qui va
120 rentrer en jeu voilà après c'est que moi je rencontre les familles pas que évidemment de cette
121 structure mais aussi des autres structures pour tout ce qui est mis en place de PAI et projet
122 d'accueil individualisé pour l'enfant pour des enfants qui ont des maladies chroniques ou ce
123 genre de chose et donc en fait moi je remplis le PAI avec le parent et après ils doivent fin moi
124 je donne le PAI aux parents qui le remplissent avec le médecin traitant et moi je valide le PAI
125 pour l'accueil en crèche. Ca va concerner des enfants par exemple qui sont de l'asthme
126 chronique, chez nous c'est le grand classique d'accord alors qu'ils vont avoir des allergies
127 alimentaires parce que tout ce qui va être à l'énergie alimentaire comme toutes les très
128 protocolisée voilà on voit des repas il faut apporter un repas particulier enfin c'est très
129 contraignant mais voilà ça se fait mais en tout cas pour les enfants qui ont une maladie voilà
130 chronique ou une allergie là c'est moi qui dois signer les documents et aussi dans les structures
131 même si je connais pas les familles ici je connais toutes les familles donc voilà mais c'est plus
132 simple mais voilà

133 **Claire : d'accord**

134 Sandra : et après voilà après le le parent voilà je vous dis il m'appelle quand ils ont des questions
135 médicales

136 **Claire : oui donc au final ils sont quand même souvent**

137 Sandra : bah je suis forcément repérée comme évidemment étant l'infirmière de la crèche donc
138 une question médicale c'est moi qu'on appelle

139 **Claire : ouais voilà OK**

140 Sandra : voilà

141 **Claire : et est-ce qu'il y a des difficultés à avec cette prise en charge aussi des parents pas
142 que de l'enfant**

143 Sandra : non nous avec les parents voilà en crèche c'est des petits beaucoup enfin on a jamais
144 vraiment enfin moi j'ai jamais de difficultés avec les parents en tout cas tout ce qui concerne
145 des difficultés après des situations à laquelle on a eu des difficultés avec les parents dans la
146 prise en soin en fait nous moi je fais pas de prise en soin dans la crèche après les parents je vous
147 ai expliqué ils ont une place prédominante dans la crèche donc en fait tout l'accueil qui est fait
148 au début le parent doit être présent ce qu'on appelle la période de familiarisation donc d'arrivée
149 de l'enfant à la crèche lors des transmission du matin du soir où là ils doivent aussi communiquer
150 tout ce qui va être la partie médicale c'est-à-dire est ce qu'il a eu du doliprane dans la nuit ou
151 dans la matinée avant qui viennent à la crèche parce que du coup on va pas pouvoir lui en
152 donner sur la structure ou en tout cas pas au bout de six heure enfin bon voilà donc le parent il
153 a une place prédominante dans la prise en charge en général sans parler de soin parce que du
154 coup y'en a pas vraiment voilà et non des difficultés avec des parents en tout cas tout ce qui
155 concerne le soin donc ça va être sur un compte des difficultés ça va être et encore des difficultés
156 ont jamais vraiment de difficultés

157 **Claire : d'accord**

158 Sandra : tant qu'on explique aux parents

159 **Claire : OK ouais ça roule**

160 Sandra : oui

161 **Claire : bon bah tant mieux. Et est-ce que vous avez une situation qui peut qui peut où**
162 **vous impacter émotionnellement ?**

163 Sandra : alors je vais essayer de répondre parce que parce que quand même je sais que c'est
164 pour votre mémoire donc j'ai essayé de trouver des exemples parce que après disons que voilà
165 comme je vous ai expliqué au début comme on travaille dans un environnement sain moi je, on
166 n'est pas sous stress de d'urgence

167 **Claire : oui bien sur**

168 Sandra : et après attention hein ça nous arrive d'appeler les pompiers pour des chutes enfin il y
169 a quand même des choses qui se passent dans les crèches après ça reste tout est relatif

170 **Claire : après peut-être que sans parler de soins au niveau social des fois ça peut être**

171 Sandra : évidemment on rencontre hein voilà le disons que la crèche est un lieu de vie

172 **Claire : oui**

173 Sandra : donc du coup oui on est impacté par ce que vivent les familles et ce que vivent les
174 enfants moi je vais et là par exemple je peux vous donner une situation qu'on a vécue l'année
175 dernière où il y avait euh on a dû faire un un signalement sur une enfant qui avait des marques
176 de coups sur euh c'est quelque chose qui a qui a impacté la crèche d'une manière générale et qui
177 a été oui stressante on appelle rarement quand même oui en tout cas les les les les voilà la
178 justice et les forces de l'ordre interviennent rarement de merci dans les crèches mais voilà pour
179 une petite fille qui avait des marques de coups et donc du coup qu'on a dû faire constater par
180 médecin à l'hôpital tout ça et donc du coup oui ça marque émotionnellement voilà de voir une
181 enfant de moins de 4 ans

182 **Claire : oui marquée par ses parents**

183 Sandra : marquée par ses parents enfin en tout cas selon les dires de l'enfant par ses parents par
184 un de ses deux parents et donc voilà oui ça ça a beaucoup marqué la crèche après voilà d'une
185 manière générale on peut être impacté par émotionnellement par ce que vivent les familles ça
186 peut être des séparations donc du coup un accueil pour l'enfant qui peut être difficile parce que
187 du coup l'enfant vit des choses difficiles dans son quotidien au niveau de sa famille donc voilà
188 après oui émotionnellement c'est tout en fait c'est ça mais c'est aussi la gestion d'équipe après
189 ça ça va c'est moins sur la pédiatrie mais les infirmières on travaille en équipe et de toute
190 manière dans n'importe quel service vous allez travailler donc voilà le management d'équipe
191 c'est jamais simple

192 **Claire : et pardon je vous coupe mais quand vous étiez sur le terrain plus que directrice**
193 **les situations vous les gérez comment vous vous sentez c'était au même niveau que là en**
194 **tant que directrice où vous sentez ?**

195 Sandra : c'est encore pire puisque que vous avez beaucoup plus de responsabilités mais disons
196 que alors en plus moi je suis pas du tout une personne stressée

197 **Claire : d'accord**

198 Sandra : je suis pas du tout quelqu'un d'angoissée

199 **Claire : bah c'est bien il en faut**

200 Sandra : en plus de ça je travaille dans un environnement sain, il en faut beaucoup après on sait
201 jamais vraiment comment on réagit dans l'urgence même si on a fait une formation d'infirmière

202 hein avant de vivre ou de travailler dans des services d'urgence qui n'est pas mon cas on sait
203 jamais très vraiment comment on réagit dans l'urgence après je suis pas du tout quelqu'un
204 d'angoissé c'est vrai qu'ici en plus comme elles ont pas de formation médicale forcément à part
205 les auxiliaires de puériculture, elles ont une formation paramédicale mais sinon elles sont pas
206 formées donc du coup elles sont vite stressées sur un enfant qui chutent ce qu'il faut faire ou
207 voilà ce genre de choses ce qui fait qu'on appelle les pompiers ou voila on a déjà eu des arcades
208 ouvertes ce genre de trucs mais c'est pas c'est pas, moi ça ne me stresse pas particulièrement je
209 vais plutôt dire que les émotions que je peux ressentir c'est plutôt voilà je vais être touché
210 émotionnellement par l'histoire d'une famille par par voilà par les émotions que l'enfant peut
211 traverser on va plutôt être touché par ça ou par voilà par tout ce qui est gestion de l'équipe et
212 donc du coup d'avoir de la petite fatigue psychique de de gestion de conflits qui est assez rare
213 ici en tout cas

214 **Claire : mais ça peut arriver**

215 Sandra : oui ça arrive quand même donc voilà c'est plutôt ça

216 **Claire : plus de l'épuisement professionnel avec tout ce qui se passe à gérer**

217 Sandra : y'a une hiérarchie enfin voilà tout ce qui va être voilà un terme plus moins centré sur
218 les enfants mais plutôt de de de gestion d'équipes et de voilà de de relationnel avec l'adulte mais
219 oui mais ils se soit avec l'équipe ou avec la hiérarchie voilà ça peut être des fois conflictuel donc
220 comme ça ça peut être pesant émotionnellement après voilà au niveau de l'enfance c'est plutôt
221 juste

222 **Claire : du stress fin non pas du stress puisque vous vous ne l'êtes pas**

223 Sandra : non parce que je le suis pas mais voilà d'être touché par des histoires par ce que l'enfant
224 vit au quotidien parce que on les accueille la plupart la majorité tous les jours du lundi au
225 vendredi pendant 3 ans donc ils rentrent à l'école donc c'est c'est des familles on connaît on
226 connaît pas dans l'intimité mais on connaît quand même

227 **Claire : vous les voyez quand même souvent**

228 Sandra : donc voilà d'être touché

229 **Claire : après quand vous dites que vous êtes pas forcément stressé pas forcément angoissé**
230 **c'est que peut-être vous gérez juste bien les émotions après non mais c'est vrai on parle**
231 **souvent d'intelligence émotionnelle mais par c'est vrai qu'on en parle par rapport au au**

232 **service où on essaie de rien de montrer euh si on est touché on essaie de de paraître alors**
233 **je dis il faut être mûr il faut rien rien paraître mais mais je pense que le stress est pareil**
234 **hein c'est c'est toute une adaptation et**

235 Sandra : oui après voilà moi je suis pas

236 **Claire : ouais**

237 Sandra : ça c'est ma nature mais après voilà c'est vrai que après comme je vous ai dit ici comme
238 il y a pas vraiment de situation qui nous met en qui sont stressantes en plus nous sommes dans
239 un environnement sain je me répète mais après j'ai vu dans vos questions quels moyens on peut
240 les mettre en place, quels mécanismes après nous ici on fait quand même des réunions d'équipe
241 par exemple qui sont régulières moi je travaille en binôme avec la directrice donc c'est vraiment
242 un petit peu voilà notre espace où on peut se lâcher sur les choses qu'on peut vivre on a les
243 réunions d'équipe on fait des analyses de la pratique professionnelle aussi avec une psychologue
244 qui intervient ça c'est que c'est obligatoire depuis le décret 2021 enfin déjà ça c'était déjà mis
245 en place avant mais maintenant ça est devenu obligatoire dans les dans les les structures où on
246 fait des des analyses de la pratique professionnelle pour les équipes et nous pour les directrices
247 donc voilà où là on peut parler de voilà des situations qu'on peut vivre au quotidien avec un une
248 tierce personne qui est la psychologue et donc du coup qui régule tout ça donc nous voilà il y a
249 des espaces de parole pour pouvoir voilà dire ce qu'on a à dire après nous en équipe en réunion
250 d'équipe, moi personnellement avec ma directrice avec mon binôme avec laquelle je travaille
251 et on fait des analyses en pratique professionnelle avec les autres directrices c'est comme ça que
252 ça fonctionne ici au CCAS donc voilà là on va pouvoir voilà lâcher sur les émotions qu'on peut
253 ressentir qu'on va pas forcément lâcher parce que évidemment il y a quand même aussi ce voilà
254 ce ce devoir de réserve un peu comme venir des services hospitaliers hein mais évidemment on
255 est passé de sensé laisser transparaître les choses après on reste des êtres humains donc moi je
256 suis partisan de dire que même si j'ai fait la formation d'infirmière et qu'il faut rester
257 professionnel on est quand même des êtres humains donc on a le droit d'avoir des jours avec et
258 des jours sans

259 **Claire : oui donc il y en a le droit de ressentir des émotions**

260 Sandra : d'être triste mais d'être joyeux aussi hein les émotions c'est pas que négatif

261 **Claire : bien sur**

262 Sandra : c'est aussi des émotions positives donc voilà mais ici c'est plus des émotions positives

263 **Claire : ça fait plaisir aussi hein**

264 Sandra : ça fait plaisir

265 **Claire : et du coup bon Ben vous avez répondu mais peut-être que sans parler du de**
266 **l'impact émotionnel mais peut-être plus par rapport à l'épuisement professionnel de tout**
267 **ce que vous avez à gérer entre les enfants quand même les situations des enfants,**
268 **l'administratif comme vous le disiez enfin vous vous faites quelque chose pour pour pas**
269 **être épuisé ou pas forcément ça va vous le gérez super bien ?**

270 Sandra : je vais pas super bien répondre à cette question mais je pense que c'est un peu de
271 manière générale hein de la société un épuisement professionnel, on manque de personnel donc
272 disons que je je dis pas qu'on ne travaille pas dans des bonnes conditions mais c'est pas l'idéal,
273 l'utopie de ce qu'on peut se faire de des des des projets qu'on voudrait mettre en place enfin
274 voilà il y a il y a tout un tas de freins donc ça c'est sûr que c'est frustrant en termes d'émotion
275 c'est pas forcément facile de travailler euh

276 **Claire : sans pouvoir faire ce que l'on souhaite de bien**

277 Sandra : en tout cas de ce qu'on voit de l'idéal d'un accueil en crèche pour les enfants voilà par
278 le manque de personnel et donc du coup en fait le manque de moyens humains ça tue tout hein
279 par manque voilà du coup on a pas assez de bras donc on peut pas faire plein de choses bon
280 même si il y a aussi la partie financière mais voilà l'humain ça reste le cœur de de nos métiers
281 et donc du coup je pense que c'est quand même un constat après ce soit en crèche je sais pas si
282 vous allez faire d'autres enregistrement

283 **Claire : j'en ai fais déjà deux**

284 Sandra : dans des services hospitaliers mais je pense que c'est un peu ce qui doit ressortir aussi
285 hein quand même le manque donc oui ça ça contribue à avoir une à avoir voilà de l'épuisement
286 professionnel en fait de de de tirer un peu sur la corde de ceux qui sont toujours là et et voilà
287 enfin sans dire que on a le droit d'être malade et tout ça hein mais du coup on fait quoi qu'il
288 manque du monde fin on travaille pas de manière optimale et ça ça fatigue oui et après d'avoir
289 des espaces bah je vous dis moi mon binôme de direction et c'est vraiment mon espace le plus
290 après bon je vais des ressources à l'extérieur des amis où on peut voilà évidemment rentrer dans
291 les détails de raconter mon travail mais d'une manière générale je pense que c'est un reflet de la

292 société et et le et le système de soins et le système social en France c'est à dire que dans les
293 hôpitaux on manque cruellement de de professionnel et moi je m'estime encore chanceuse parce
294 que la la plupart du temps on me demande pourquoi j'ai jamais voulu travailler à l'hôpital et j'ai
295 une j'ai une réponse bien tranchée que moi je ne veux pas travailler à l'hôpital pour traiter les
296 gens comme ils sont traités

297 **Claire : mais on perd ce relationnel au final qui nous qui nous est essentiel pour**

298 Sandra : enfin moi je pense que déjà je pense que les usagers ne traitent pas forcément bien les
299 soignants et que la les hiérarchies en général enfin en tout cas le système fait que les gens sont
300 pas bien traités. Après je ne dis pas qu'ici il n'y a pas de problématique mais j'ai des concrètes
301 car en étant responsable d'une structure on est toujours d'astreinte, quand on part en vacance
302 on est jamais réellement en vacance car on se demande comment la crèche tourne mais voilà.
303 Je pense que c'est un métier magnifique mais qui n'est pas valorisé par l'état mais pour revenir
304 aux émotions, émotionnellement parlait le stage que j'ai fait en réa-néonate en troisième année
305 émotionnellement parlant c'était hyper fort et quand j'ai travaillé en maison de retraite les gens
306 me disaient comment tu fais pour travailler en maison de retraite parce que tu vois plein de
307 décès mais moi j'avais je sais pas cette espèce de distance de dire oui d'accord mais c'est vrai et
308 on est touché émotionnellement

309 **Claire : bien sûr**

310 Sandra : parce que surtout en maison de retraite c'est pareil hein c'est le lieu de vie des gens
311 donc forcément les gens on les prend dans leur globalité c'est pas de l'ambulatoire on les voit
312 tous les jours et tout ça mais après bon c'est un peu le sens de la vie quoi pour moi c'est une
313 personne âgée qui décède oui c'est triste, il y a tout un tas de choses à travailler avec la famille
314 avec le voilà la disparition du Proche mais je veux pas dire je n'étais pas touchée mais quand
315 j'ai fait mon stage en réa néonate et que j'ai vu des bébés décéder là c'était un autre choc
316 émotionnel

317 **Claire : bien sûr elle est là la différence moi je trouve**

318 Sandra : il est là le le début de la vie

319 **Claire : bien sûr**

320 Sandra : c'est ça qui est difficile en pédiatrie hein pour moi, moi j'aurais adoré travailler dans
321 des services, moi j'avais demandé de l'onco pédiatrique tout ça mais bon j'avais pas eu après

322 voilà je pense que bah oui enfin voilà c'est pas le sens de la vie de mourir jeune donc j'ai j'ai
323 plus de distance avec un décès d'une personne âgée dans le sens où Ben oui il est décédé mais
324 s'il est décédé dans des bonnes conditions c'est bien il est vieux, il a vécu sa vie, il a fait plein
325 de trucs les temps tout nous raconter et et de vivre plein de choses l'enfant qui décède c'est autre
326 chose.

327 **Claire : je suis d'accord moi c'est là où je vois la différence en fait une personne âgée**
328 **même si ça a bien sûr que ça nous touche parce que c'est, on a la famille aussi derrière**
329 **qu'on qu'on voit bouleverser mais l'enfant qui ouais que ce soit un nouveau-né ou même**
330 **un peu plus grand hein même je pense que ça même jusqu'à l'adolescence voire enfin**
331 **comme une prise en charge**

332 Sandra : et même en fait même l'adulte qui meurt avec 40 ans enfin voilà c'est perdait pas touché
333 pareil 90 ans bon OK c'est c'est triste la famille est triste on perd son parent son grand parent
334 mais la personne elle a vécu toutes ces années quelqu'un qui meurt jeune et en l'occurrence là
335 on parle des enfants bon Ben il y a encore un autre cheminement un autre travail à faire en
336 termes de deuil enfin enfin un autre travail le processus de deuil et le même mais bon disons
337 que l'impact n'est pas le même

338 **Claire : je suis d'accord**

339 Sandra : enfin moi c'est comme ça que je le vois après voilà moi je sais que quand j'ai fait ce
340 stage là j'ai été hyper hyper choqué de voir des enfants décédés après j'ai vu des très grands
341 prématurés décédés donc disons que là c'est pareil c'est pas que ça m'a évidemment ça m'a
342 touché mais un enfant qui né très prématurément qui pèse 500 grammes disons qu'il a en termes
343 de probabilité

344 **Claire : oui c'est c'est risqué**

345 Sandra : c'est risqué c'est vrai que vrai moi ce qui m'a le plus le plus touché émotionnellement
346 c'est que j'ai vu le décès d'un bébé qui est né à terme et rien n'avait été décelé pendant la
347 grossesse donc c'est une maman qui accouche ravi d'accueillir son bébé et qui enfante son bébé
348 il a fait un arrêt cardiaque à 5 minutes de vie et il a été réanimé enfin moi il nous il est arrivé
349 dans le service de réa il était déjà euh

350 **Claire : oui vous avez compris**

351 Sandra : on l'a pris en charge mais en fait voilà il est décédé pas pas longtemps après ça et ça
352 j'ai trouvé ça terrible

353 **Claire : et ouais et là ce moment-là comment vous l'avez géré ?**

354 Sandra : j'ai fais que pleurer

355 **Claire : Ah oui Ah mais oui voilà vous avez pas su contrôler**

356 Sandra : alors enfaite sur le coup, en plus c'était en fait c'était le l'infirmière avec qui j'étais pris
357 en charge cet enfant et en fait je sur le coup non hein on est dans l'action du coup on est détaché
358 de ses émotions hein quand quand le soufflé il retombe là oui

359 **Claire : là c'est compliqué là**

360 Sandra : voilà je suis sortie j'ai fait que pleurer je m'en souviens très bien parce que je me
361 souviens comme si c'était hier des cris de la maman qui hurlait d'avoir perdu son bébé en fait

362 **Claire : mais bien sûr**

363 Sandra : c'était horrible

364 **Claire : tu t'y attendais tellement pas**

365 Sandra : mais pourtant c'était quelqu'un que je connaissais pas, là ça en termes d'émotion c'était
366 très très fort hein

367 **Claire : et oui**

368 Sandra : voilà et après et d'ailleurs c'est je dis pas ça non plus pour vous décourager hein mais
369 d'ailleurs c'est c'est souvent des services où en fait c'est tellement chargé émotionnellement que
370 en fait les infirmières ça tourne moins c'était une équipe qui était très jeune c'est des filles qui
371 sortent du diplôme et en fait elles restent de 5 ans et après elles s'en vont parce que voilà disons

372 **Claire : que oui c'est tellement dur l'épuisement mais là l'épuisement professionnel il est**
373 **par rapport à ses émotions je pense qu'ils sont trop intenses et trop difficiles à gérer**

374 Sandra : c'est très intense, moi j'aurais adoré travailler dans ce service, je pense même
375 aujourd'hui je pourrais mais je pense encore quand on est jeune diplômé on a plein d'envies et
376 on est hyper motivé après je pense que sur le long terme je parle vraiment des services de réa
377 et de soins intensifs parce que même la néonatalogie généralement bon c'est les bébés qui se se
378 stabilisent et qui vont avoir un retour à la maison mais voilà l'environnement de la réa néonatal

379 c'est des c'est des elle me le disait hein c'était des des infirmières qui restaient enfin qui restaient
380 pas mais il y avait un gros turn-over parce qu'en fait émotionnellement parlant c'est très chargé

381 **Claire : après je pense que à partir du moment où on le sent que on arrive plus à à gérer**
382 **c'est le moment où il faut**

383 Sandra : partir bien sûr ça c'est sûr. après je pense que bon là je parle de la réa-néonate mais je
384 pense que dans tous les services ou il y a un risque pour l'enfant, c'est dur hein de voir des
385 enfants décéder voilà parce qu'après y a tout un tas de services de où les enfants sont au juste
386 sont opérés sont voilà ou de la psychiatrie ou voilà ou les enfants je dis pas qu'ils vont pas mal
387 hein mais ou le risque vital n'est pas engagé mais après voilà après les services ou le risque
388 vital est engagé, bon de toute manière je pense que dans les services hospitaliers même si ça
389 fait comme je j'avais travaillé dans les hôpitaux mais j'ai un lien particulier avec moi du soins
390 palliatifs pour les adultes je pense que c'est le type de service ou évidemment il y a un
391 accompagnement qui est très présent parce que pas forcément besoin de parler de ça hein

392 **Claire : ouais moi je pense**

393 Sandra : si les choses ne sortent pas ca ne peut pas aller

394 **Claire : donc pour vous le mécanisme surtout pour bien gérer ça c'est la communication**
395 **au final vous l'avez dit ici même si c'est pas forcément intense dans**

396 Sandra : d'une manière générale de toute manière je pense dans la vie que dans le soin la
397 communication c'est la base de tout et il faut pouvoir avoir des espaces et encore plus voilà
398 donc on parle de tous ces services là tous les services hospitaliers il faut pouvoir avoir des
399 espaces de décharges hein

400 **Claire : bien sûr**

401 Sandra : de pouvoir décharger ce qu'on dit hein bon courage

402 **Claire : merci en tout cas**

403 Sandra : merci à vous en tout cas si un jour vous travaillez en crèche c'est pas les mêmes
404 problématiques

405 **Claire : mais c'est intéressant à voir aussi comment comment vous gérez ici hein**

406 Sandra : c'est vrai que du coup voilà c'est pas du tout c'est pas du tout ce que j'avais envisagé
407 mais bon la vie elle m'a amené sur des chemins et j'adore travailler en crèche j'adore travailler
408 avec les enfants après voilà je ne repartirai pas dans du soin technique jamais
409 **Claire : d'accord**

15 Annexe V : Grilles d'analyses des entretiens

Présentation des infirmières :

	Andréa	Chloé	Sandra
Année d'obtention du diplôme	2008 Infirmière	Infirmière puéricultrice	2015 Infirmière
Lieu d'exercice	Pédopsychiatrie	Néonatalogie	Crèche
Choix du service	L10-11 : « la pédopsychiatrie c'est quelque chose qui m'a intéressé sur la fin de mon parcours professionnel avec les adultes pas au départ »	L22 : « déjà c'est un choix » L28 : « puis moi j'aime énormément, c'est très technique à la fois de la bienveillance c'est cocooning donc voilà y'a de tout »	L20-21 : « j'ai fait mes études d'infirmières j'ai toujours eu envie de faire de la pédiatrie » L26-27 : « je suis arrivée un petit peu dans le monde de la crèche en tout cas un peu enfin par hasard »

	L14 : « j'ai eu envie de découvrir d'autres univers, d'autres façons de soigner, d'autres approches »		
Parcours professionnels	Elle a travaillé pendant dix ans avec en psychiatrie adultes puis elle a intégré le service de pédopsychiatrie après un congé parental.	Elle a travaillé en tant qu'aide-soignante à partir de 2005, ensuite elle a fait la double fonction AP/AS dans différents services, après son diplôme infirmier elle a travaillé dans différents services puis elle s'est spécialisée en tant qu'infirmière puéricultrice.	Elle a travaillé pendant trois ans dans un EHPAD, ensuite pendant un an elle a travaillé sur le terrain en crèche puis elle est devenue directrice de crèche.

L'enfant

Sous thèmes :	Andréa	Chloé	Sandra
Définition de l'enfant	-	-	-
Développement de l'enfant	-	-	-
Les besoins de l'enfant	<p>L60-61 : « aider ou étayer au maximum pour que l'ado finalement ait de moins en moins besoin de nous »</p> <p>L109-110 : « il y a un accompagnement au plus proche des besoins »</p> <p>L117-118 : « on est obligé de s'adapter en fonction des troubles, du besoin, de la</p>	-	

	personnalité, de la culture de tout hein »		
L'enfant hospitalisé	<p>L 26 : « la prise en charge d'un enfant elle se fait pas sans ses parents ou tuteur légaux »</p> <p>L35-36 : « un gros travail avec la famille pour faire comprendre les soins, adhérer aux soins, il y a pas mal de déni »</p> <p>L54-57 : « les parents soient un peu acteurs dans la prise en charge au moins piliers pour parce que on peut avoir des enfants par exemple qui ont pas d'envie, qui ont du mal à sortir et donc même le trajet finalement pour venir à l'HDJ est compliqué donc le parent à ce moment-là</p>	<p>L34-35 : « on va mettre en place par le jeu, des associations par le jeu, on va pouvoir aussi parler, hum ici c'est le cocon, sucre doux »</p> <p>L40-41 : « on prend en soin la douleur euh on va prendre aussi en considération la façon dont il est placé »</p> <p>L66-67 : « on l'expliquait à l'enfant et le parent va participer »</p> <p>L72-76 : « les parents on va leur demander de parler à leur enfant, de mettre à leur tête de parler à</p>	<p>L88-89 : « le parent il a une place prédominante puisque en fait c'est vraiment une alliance tripartite c'est-à-dire le parent, l'enfant et le professionnel »</p> <p>L70-71 : « alors je travaille en pédiatrie oui dans un sens mais je travaille avec l'enfant sain »</p> <p>L66-67 : « je suis plus du tout dans le soin technique en fait hein, ça va être plutôt tout ce qui est prévention et tout ce qui est bobologie on va dire »</p>

	<p>doit aussi impulser et être moteur »</p>	<p>l'enfant, d'attirer l'attention pour que nous, on va lui expliquer parce que les enfants ils ont besoin de voir ou de savoir qu'est ce qu'on va leur faire à l'avance donc on va vraiment lui expliquer dans un environnement calme »</p> <p>L319-322 : « il faut adapter en fonction de ce qui va recevoir, de ce qui va entendre et puis il faut voir aussi si par exemple l'enfant il a peur si il a peur tu vas pas agir, tu vas trouver solution en fait essayer pour qu'il ait moins peur et ça n'empêchera pas qu'il ait peut mais il aura une certaine confiance pour qu'on puisse faire le soin »</p>	<p>L147 : « le parent doit être présent dans ce qu'on appelle la période de familiarisation »</p>
Divers	-	-	-

Les émotions

Sous thèmes :	Andréa	Chloé	Sandra
Définition des émotions	-	L134-138 : « dans les émotions tu as quelques émotions, il y en a qui disent que tu as avec cinq/quatre émotions principales, cinq/six/sept mais la colère, la tristesse euh, la peur, la joie et tu as aussi la surprise qui fait partie des émotions »	-
L'impact des émotions dans le soin	L303 – 304 « j'ai pas honte à dire parfois sur certaines situations : « oh ça me renvoie un truc qui me touche un peu trop la est ce que je peux faire un pas de recul ? » »	L235-236 : « il faut essayer aussi de de pas être trop empathique parce que tu peux faire des burn-out ou tu peux faire des dépressions ça peut arriver »	L373-374 : « c'est tellement chargé émotionnellement que en fait les infirmières ça tourne » L272-274 : « de manière générale hein de la société un épuisement professionnel, on manque de personnel donc disons que je je

	<p>L313 – 314 : « je pourrais pas être dans un accompagnement au plus proche des besoins ou être suffisamment soutenante tout en me sentant très impacté en fait par la situation »</p>	<p>L146-147 : « tu ne vas pas lui crier dessus, non toi tu vas interioriser »</p> <p>L118-119 : « j'ai pas pleuré mais j'ai eu des contrecoup par la suite »</p>	<p>dis pas qu'on ne travaille pas dans des bonnes conditions mais c'est pas l'idéal »</p>
<p>La gestion des émotions</p>	<p>L213 : « ça m'a beaucoup impacté je crois même que j'en ai pleuré »</p> <p>L284 – 285 : « on nous dit notre vie perso on nous dit qu'on l'accroche à l'entrée de l'hôpital et puis on la récupère en sortant, ça c'est pas vrai hein »</p> <p>L 301- 302 : « je pense que c'est bien de se connaître oui, de se connaître soi et de connaître un</p>	<p>L93-96 : « quand le bébé il décède ben il y a tout qui gravite autour et puis les parents vont crier selon pleurer, crier, hurler et nous en tant que soignants on est des gens mais on est des humains avant tout dans la bienveillance et il faut, il y en a qui vous diront beh non émotionnellement il faut être un mur mais on est des humains »</p> <p>L114-117 : « c'est pas qu'on s'habitue, pas du tout mais on</p>	<p>L256-259 : « on n'est pas censé laisser transparaître les choses après on reste des êtres humains donc moi je suis partisan de dire que même si j'ai fait la formation d'infirmière et qu'il faut rester professionnel on est quand même des êtres humains donc on a le droit d'avoir des jours avec et des jours sans »</p> <p>L360-361 : « sur le coup non hein, on est dans l'action du coup</p>

	<p>peu son équipe parce que c'est plus facile »</p>	<p>n'est pas sans cœur non plus parce qu'on entend dire des fois que les soignants certains sont sans cœur pour travailler dans des services comme ça mais pas du tout au contraire et et tu gères »</p> <p>L130-132 : « il faut que face à toi-même tu fasses le point de savoir comment comment tu te sens face à certaines situations, comment toi tu vas gérer »</p> <p>L142-145 : « l'intelligence émotionnelle et donc en fait en fonction des situations, de ce que tu as vécu, de toi ta propre identité professionnelle et toi ou tu en es par exemple face à la mort, face à la naissance par ce ben la la mort fait partie de la vie</p>	<p>on est détaché de ses émotions hein »</p> <p>L 363 : « je suis sortie j'ai fait que pleurer »</p>
--	---	---	--

		<p>aussi et comment toi tu vas gérer ça, toutes ces émotions »</p> <p>L160 : « chacun gère par rapport à sa façon d'être »</p>	
<p>Les mécanismes de défense des soignants</p>	<p>L214-216 : « on dit les équipes de pédopsychiatrie font beaucoup de blagues tout ça mais ça nous permet aussi de vulgariser ou de dédramatiser certaines situations et de les rendre acceptables et vivables »</p>	<p>L138-139 : « en fonction de ces mécanismes de défense ben c'est ton corps, toi ton cerveau comment il va s'adapter »</p> <p>L167-168 : « savoir passer le relais à ses collègues c'est important aussi »</p> <p>L202-203 : « personnellement j'avais pas envie forcément de ressasser les choses que j'avais vécu après y'a des personnes qui ont besoins de parler sur le moment »</p>	<p>L400 : « si les choses ne sortent pas ça ne peut pas aller »</p> <p>L405-406 : « tous les services hospitaliers il faut pouvoir avoir des espaces de décharges</p>

<p>Divers</p>	<p>L259 -260 : « j’essaie de faire un peu de sport ben j’ai mes propres enfants ou conjoint en tout cas avec qui je peux échanger »</p>	<p>L180-181 : « après tu te remettras en question ou tu pourras en parler en équipe ou avec des psychologues »</p> <p>L199-200 : « une psychologue venait de l’extérieur tous les 15 jours donc pour parler de situations »</p> <p>L212-213 : « toutes ces médecines secondaire qui peuvent t’aider, tu peux aller faire du sport voilà c’est un très bon antidépresseur »</p>	<p>L173-174 : « on est impacté par ce que vivent les familles et ce que vivent les enfants »</p> <p>L246-249 : « on fait des analyses de la pratique professionnelle pour les équipes et nous pour les directrices donc voilà ou là on peut parler de voila des situations qu’on peut vivre au quotidien avec une tierce personne qui est la psychologue et donc du coup qui régule tout ça »</p> <p>L261 : « d’être triste mais d’être joyeux aussi hein les émotions c’est pas que négatif », L263 : « c’est aussi des émotions positives »</p>
---------------	---	--	---

La prise en soin

Sous thèmes	Andréa	Chloé	Sandra
Rôle de l'infirmière	<p>L86 – 87 : « c'est d'accompagner aussi ces parents ou tuteurs légaux ou famille d'accueil »</p> <p>L 100 – 102 : « on va perdre l'alliance thérapeutique si on force hein il vaut mieux qu'on soit dans un accompagnement progressif et dans une recherche de compréhension »</p> <p>L88-89 : « les accompagner dans l'acceptation un peu des troubles de l'adolescent de façon à ne serait-ce qu'on avance ensemble et dans la même direction »</p>	<p>L107-108 : « le sens même de notre travail c'est quand même la bienveillance, être à l'écoute des patients, la passion de notre travail et transmettre aussi par la suite des choses »</p> <p>L111-112 : « les jeunes nouveaux arrivants tu vois ils nous apprennent encore et s'est bien de se remettre en question »</p>	-

<p>La posture professionnelle</p>	<p>L116-117 : « notre posture bah on l'adapte à chaque ado »</p> <p>L136 : « on travaille avec des enfants il y'a une sorte de proxémie un peu plus importante »</p> <p>L146 – 147 « c'est compliqué des fois il nous faut l'avoir mais aussi des fois il nous faut aussi la mettre un peu de côté »</p> <p>L156-157 : « c'est quand même compliqué la distance »</p>	<p>L240-241 : « pas trop de juste distance juste ce qu'il faut »</p> <p>L 304-305 : « s'il n'y a pas de relation de confiance le soin ne se fera pas et la personne n'aura pas confiance en toi »</p>	<p>L403-404 : « de toute manière je pense dans la vie que dans le soin la communication c'est la base de tout »</p>
<p>La place de la relation parent/enfant/soignant</p>	<p>L85 – 86 : « Les parents peuvent parfois freiner »</p> <p>L87-88 : « c'est pas toujours les parents mais en tout cas les figures parentales les accompagner dans l'acceptation</p>	<p>L59-60 : « bon des fois les parents sont moteurs de stress donc il faut déjà réussir à déstresser le parent, à rassurer, pour que l'enfant puisse aussi coopérer »</p>	<p>L89-90 : « la place du parent elle est prédominante dans la prise en charge de l'enfant »</p> <p>L148-149 : « ils doivent communiquer tout ce qui va être de la partie médicale »</p>

	des troubles de l'adolescent de façon à ne serait-ce qu'on avance ensemble et dans la même direction »	L63-64 : « le parent on va le faire participer, on va lui expliquer »	
Divers	<p>L104 : « l'aspect culturel qui va rentrer en jeu », L108-109 : « avoir conscience et un peu de connaissance quand même »</p> <p>L132-133 : « on fonctionne à peu près tous avec ces transferts, contre-transfert »</p> <p>L260-261 : « on est quand même tenue au secret professionnel »</p> <p>L289-290 : « on soigne avec qui on est aussi hein, on est tous différents, c'est ce qui fait la force d'une équipe »</p>	<p>L230-231 : « c'est difficile de trouver des mots mais je leur parle et je lui demande ce qu'elle ressent, ce qu'elle a vécu »</p> <p>L233 : « elle vient sur mon épaule pleurer je suis là si elle a besoin »</p>	<p>L66-67 : « tout ce qui est prévention »</p> <p>L189-190 : « mais les infirmières on travaille en équipe »</p>

16 Annexe VI : 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) : Gori Claire

Promotion : 2021-2024

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 émotions du soignant en pédiatrie

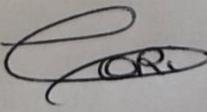
En version papier (au centre de documentation de l'E.R.F.P.P.)

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 15 mai 24 Signature : 

Les émotions du soignant en pédiatrie :

Résumé :

Mon travail de fin d'études porte sur les émotions du soignant en service pédiatrique. Depuis mon stage en maternité, mon objectif est de devenir puéricultrice. Ma question de départ est donc : En quoi les émotions du soignant peuvent-elles impacter la qualité de la prise en soin d'un enfant ? Pour ce faire, j'ai effectué mon cadre de référence basé sur trois grands thèmes : l'enfant, les émotions et la posture professionnelle.

Ensuite, j'ai réalisé des entretiens semi-directifs avec une méthode clinique et qualitative auprès des infirmières en crèche, en pédopsychiatrie et également avec une puéricultrice en néonatalogie.

L'analyse de ces entretiens m'a permis de comparer mon cadre de référence avec les pensées des infirmières et de répondre à mes questions. J'ai compris que dans la gestion des émotions, l'importance réside dans l'intelligence émotionnelle de la part du soignant.

Pour conclure, ce travail de recherche m'a permis de m'ouvrir sur une nouvelle question de recherche en lien avec l'implication des parents dans l'hospitalisation de leur enfant.

Mots clés : enfant, soignants, intelligence émotionnelle, émotion, parents

Nombre de mots: 165 mots

The emotions of the pediatric caregiver:

Abstract :

My end of course assignment focuses on the emotions of the pediatric caregiver. Since my work placement in maternity, my goal has been to become a pediatric nurse. My initial question is: How can the emotions of a caregiver impact the quality of caring for a child? To this end, I carried out my reference framework based on three main themes which are the following: the child, the emotions and the professional posture.

Then, I realized semi-structured interviews with a clinical and qualitative method with nursery nurses, in child psychiatry and also with a pediatric nurse in neonatology.

The analysis of these interviews allowed me to compare my reference framework with the thoughts of nurses and to answer my questions. I understood that in emotion management, the importance lies in the emotional intelligence on the part of the caregiver.

To conclude, this research work allowed me to open up to a new research question related to the involvement of parents in the hospitalization of their child.

Keywords : children, caregivers, emotional intelligence, emotion, parents

Number of words : 169 words

