



HAL
open science

La posture de la puéricultrice dans la prise en soin de l'enfant en l'absence de ses parents

Charlotte Choquet, Camille Galin

► **To cite this version:**

Charlotte Choquet, Camille Galin. La posture de la puéricultrice dans la prise en soin de l'enfant en l'absence de ses parents. Sciences du Vivant [q-bio]. 2018. dumas-02103538

HAL Id: dumas-02103538

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02103538v1>

Submitted on 6 Jan 2020

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Université catholique de Lille
IFSANTE, Site Humanité
2 Rue Theodore Monod,
59160 LOMME

Projet professionnel

La posture de la puéricultrice dans la prise en soin
de l'enfant en l'absence de ses parents



Dessin d'une enfant âgée de 4 ans hospitalisée seule, représentant sa première hospitalisation lorsqu'elle était dans le ventre
de sa mère

CHOQUET Charlotte – GALIN Camille

NOTE AU LECTEUR

« 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 ses auteurs »

REMERCIEMENTS

La réalisation de ce travail de recherche est l'aboutissement d'une année de formation intense qui semble difficile d'accomplir seules. C'est pourquoi, nous souhaitons adresser nos remerciements :

A nos formatrices,

Pour leur présence, leur soutien et leur accompagnement durant ces plusieurs mois de formation.

A notre guidant de ce projet professionnel,

Pour ses conseils précieux et ses encouragements, ainsi que pour son aide à l'élaboration de ce travail de recherche.

Aux autres formateurs et membres de l'équipe pédagogique,

Notamment ceux rencontrés par le biais des guidances collectives qui nous ont permis d'avancer dans notre réflexion professionnelle.

Aux professionnels de santé

Pour leur disponibilité lors de la réalisation de nos entretiens et la richesse de nos échanges.

A nos collègues de promotion,

Pour tous les moments partagés dans la cohésion, l'entraide et la convivialité.

A notre famille et nos amis,

Qui nous ont soutenus et encouragés dans l'accomplissement de cette formation. Et plus particulièrement pour ce projet, Mélanie et ses conseils objectifs. Ainsi que la mère de Charlotte pour ses nombreuses relectures.

Enfin, nous tenons à remercier tous les enfants que nous avons rencontrés au fil de cette année et qui nous rappellent chaque jour notre envie d'exercer cette profession.

LEXIQUE

Sont ici regroupés les explications des différentes abréviations et sigles utilisés dans ce projet professionnel :

ANPDE: Association Nationale des Puéricultrices Diplômées et des Étudiants

APACHE: Association pour l'Amélioration des Conditions d'Hospitalisation des Enfants

CIDE: Convention Internationale des Droits de l'Enfant

CNSP: Comité National de Soutien à la Parentalité

EAJE: Etablissement d'Accueil du Jeune Enfant

PDE : Puéricultrice Diplômée d'Etat

PMI: Protection Maternelle et Infantile

UNESCO: Organisation des Nations Unies pour l'Education la Science et la Culture (en français)

SOMMAIRE

1. INTRODUCTION.....	1
2. LE CONSTAT.....	2
2.1 Situations d'appel	2
2.1.1 Situation d'appel n°1	2
2.1.2 Situation d'appel n°2.....	6
2.2 Analyse des situations d'appel et question de départ	9
3. LE CADRE DE RÉFÉRENCE.....	10
3.1 La puéricultrice.....	10
3.1.1 Définition et historique.....	10
3.1.2 La puéricultrice, entre acteurs et partenaires de soins.....	11
3.2 L'hospitalisation du jeune enfant	12
3.2.1 Définitions	13
3.2.1.1 <i>L'enfant</i>	13
3.2.1.2 <i>Autorité parentale et parentalité</i>	14
3.2.2 Le développement du jeune enfant.....	15
3.2.3 L'enfant à l'hôpital.....	16
3.2.3.1 <i>La charte de l'enfant hospitalisé</i>	16
3.2.3.2 <i>La place des parents auprès de l'enfant hospitalisé</i>	17
3.2.3.3 <i>Absence parentale : conséquences pour l'enfant</i>	18
3.2.3.4 <i>Prise en soin de l'enfant seul</i>	19
3.3 Empathie, juste distance et émotions.....	20
3.3.1 L'empathie	20
3.3.2 La juste distance	21
3.3.3 Les émotions	22
3.3.3.1 <i>Définition</i>	22
3.3.3.2 <i>Gestion des émotions</i>	23
3.4 Problématique et hypothèses	24
4. LE CADRE EMPIRIQUE	26
4.1 L'enquête	26
4.1.1 Méthodologie de l'enquête	26
4.1.1.1 <i>Choix de l'outil</i>	26
4.1.1.2 <i>Choix de la population et du lieu</i>	27

4.1.2	Présentation du guide d'entretien	27
4.1.2.1	<i>Construction du guide d'entretien</i>	27
4.1.2.2	<i>Guide d'entretien</i>	28
4.1.3	Réalisation et déroulement de l'enquête	30
4.1.4	Difficultés et limites de l'enquête	31
4.1.5	Choix de la méthode d'analyse	31
4.2	Analyse de contenu.....	32
4.2.2	Présentation des professionnelles interrogées	33
4.2.3	Circonstances amenant l'enfant à être hospitalisé seul	34
4.2.3.1	<i>Les circonstances liées aux parents</i>	35
4.2.3.2	<i>Les circonstances liées à l'hospitalisation</i>	37
4.2.3.3	<i>Les puéricultrices face aux circonstances d'absence parentale</i>	39
4.2.4	Les émotions	39
4.2.4.1	<i>Les différents ressentis</i>	40
4.2.4.2	<i>La gestion des émotions</i>	42
4.2.5	La prise en soin de l'enfant seul.....	44
4.2.5.1	<i>« Prendre le relais des parents »</i>	44
4.2.5.2	<i>La prise en compte des besoins de l'enfant seul</i>	46
4.2.6	La posture de la puéricultrice auprès de l'enfant seul	47
4.2.6.1	<i>L'attitude « idéale »</i>	48
4.2.6.2	<i>« Attitude maternante »</i>	49
4.3	Synthèse de l'analyse.....	51
4.4	Limites de l'analyse.....	52
5.	Perspectives professionnelles	54
6.	CONCLUSION	56

Bibliographie

Annexes

1. INTRODUCTION

A travers la spécialisation d'infirmière puéricultrice et dans le cadre de la recherche, nous sommes amenées à réaliser ce projet professionnel sur une thématique liée à la prise en soin de l'enfant. Ce travail a plusieurs objectifs. Le premier est de nous initier au développement de nos capacités d'analyse et de raisonnement dans les soins. Mais aussi de traiter des données scientifiques, dans le but d'améliorer notre pratique professionnelle.

Afin de mener à bien ce projet professionnel, les modalités de réalisation de ce travail nous ont été présentées, il y a maintenant plusieurs mois. Il nous a été annoncé que nous pouvions le réaliser en binôme. Nous avons alors échangé au sein de notre promotion sur nos différentes expériences professionnelles vécues pendant notre formation infirmière. C'est donc suite à plusieurs discussions et anecdotes que nous nous sommes rejointes sur l'envie de traiter de la posture de la puéricultrice dans la prise en soin de l'enfant hospitalisé, en l'absence de ses parents. En effet, nous avons chacune des situations de stage qui se rapportaient à ce thème. Nous avons alors remarqué que les situations relatives à des enfants hospitalisés seuls amènent progressivement les équipes soignantes à adopter une attitude différente comparée à celles relatives aux enfants accompagnés de leurs parents. Les professionnelles et nous même avons alors une relation de proximité avec les enfants seuls, ce qui a suscité chez nous et chez les puéricultrices un questionnement en lien avec notre posture professionnelle. Nous avons alors décidé d'approfondir notre réflexion sur ce sujet précis : la prise en soin de l'enfant seul, en le prenant comme base de sujet pour ce projet professionnel.

La première partie de notre travail est axée sur notre questionnement en lien avec nos situations d'appel, conduisant à notre question de départ. Dans une seconde partie, nous développerons les différents éléments théoriques en lien avec la profession, l'hospitalisation de l'enfant et la posture professionnelle de la puéricultrice. Ces notions approfondies nous amèneront à formuler une problématique de recherche et des hypothèses de réponses. C'est dans une troisième partie que nous présenterons l'enquête réalisée auprès des professionnelles et l'analyse des résultats que nous avons obtenus. Enfin, nous conclurons ce travail de réflexion en mettant en lumière les limites de ce travail et les différentes perspectives professionnelles que nous avons pu tirer de ce projet.

2. LE CONSTAT

Au cours de nos pratiques en milieu hospitalier, plusieurs situations nous ont questionnées. Au détour de discussions, nous avons pu trouver des similitudes dans nos expériences, ce qui nous a permis d'élaborer un sujet commun. C'est pourquoi dans un premier temps nous allons vous présenter nos situations respectives.

2.1 Situations d'appel

2.1.1 Situation d'appel n°1

Lors de ma troisième année en école d'infirmière, j'ai réalisé un stage en service de néonatalogie. Il s'agit d'un service de maternité de niveau III¹ associé à une unité de néonatalogie qui dispose de lits de soins intensifs, permettant la prise en charge de pathologies complexes nécessitant une surveillance plus rapprochée. Ce dernier accueillait quinze nouveau-nés, prématurés ou nés à terme, présentant différentes pathologies qui nécessitaient un accompagnement, une surveillance renforcée et des soins quotidiens. Ce stage de plusieurs semaines m'a permis d'aborder le rôle spécifique de l'infirmière puéricultrice dans la prise en soin de ces nourrissons et l'accompagnement de leurs parents.

Au cours de ma sixième semaine, j'ai été amenée à prendre en soin Naomie², une enfant née prématurée suite à une souffrance fœtale, à trente-six semaines d'aménorrhées et deux jours, dans un contexte de détresse respiratoire. Son histoire de naissance était quelque peu singulière. Sa mère, souffrant de toxicomanie, âgée d'une quarantaine d'années, avait déjà quatre enfants. Ces derniers ont été placés en famille d'accueil suite à une décision de justice. Le contexte de cette situation ne m'a pas permis de savoir dans quel cadre le placement de ses enfants a été ordonné. Concernant cette nouvelle grossesse, le suivi pour ce cinquième enfant n'a pas été réalisé et lors de son arrivée dans l'établissement, la mère de Naomie a fait part aux soignants de son désir d'accoucher sous le secret. Les sages-femmes ont alors informé et expliqué à la mère les modalités de ce choix afin de recueillir son consentement libre et éclairé. Après réflexion, la mère de Naomie a maintenu son choix initial. C'est dans ces conditions que le prénom de l'enfant a été choisi à la naissance par la sage-femme du bloc obstétrical.

¹ Cf annexe n°1

² Pour le respect de la confidentialité et du secret professionnel, le prénom de l'enfant a été modifié

Lors de son séjour dans le service, les infirmières puéricultrices étaient particulièrement attentives à la prise en soin de cet enfant. Bien que sa détresse respiratoire ait été rapidement maîtrisée, Naomie a développé un syndrome de sevrage. Par conséquent, on observait chez cet enfant des signes permanents d'inconfort, d'irritabilité et d'hyperactivité. Cette dernière pleurait de manière excessive et poussait des cris stridents. Si bien que ses cycles de sommeil étaient perturbés, avec des temps de repos très courts et agités. Après plusieurs jours de sevrage, nous constatons une amélioration de l'état de santé de cette dernière. Néanmoins, les sanglots et les geignements incessants de l'enfant persistaient. De ce fait, les soignants du service accordaient beaucoup d'importance à ses pleurs, ainsi qu'à son bien-être et son confort. Par ailleurs, l'absence des parents demandait à l'équipe une attention plus particulière pour ce nourrisson. De ce fait, les soignants lui remettaient sans cesse sa tétine lorsqu'elle pleurait et la réinstallaient dans son berceau. Cependant, Naomie ne parvenait jamais à s'apaiser. Lors de chaque poste, les infirmières puéricultrices la prenaient dans leurs bras et l'emballaient contre elles dans leur surblouse. Celles-ci marchaient dans le couloir du service pour essayer de la consoler et la rassurer. De plus, aux moments des transmissions d'équipes, des temps de pause et la nuit, Naomie était constamment avec les soignants.

Dans un premier temps, la situation semblait susciter de l'empathie chez les professionnels. La plupart comprenait la situation que vivait Naomie mais ne voulait pas s'attacher ni montrer leurs émotions. Puis, la présence prolongée de l'enfant dans le service avait manifestement fait évoluer ce sentiment vers une attitude plus maternante. En effet, certains membres de l'équipe confectionnaient ou achetaient des peluches pour mettre dans son berceau. Ils choisissaient également avec soin ses vêtements dans la réserve du service. La plupart montraient de nombreux signes d'affection envers cet enfant, tels que des caresses, des câlins et divers gestes de tendresse. De plus, j'ai pu observer qu'un lien d'attachement s'était créé entre Naomie et l'équipe. Un jour, l'une des infirmières puéricultrices m'a dit : « *j'aimerais la prendre chez moi, elle me fait de la peine cette petite !* ». Les dires de cette soignante m'ont interpellée et j'ai pu percevoir à cet instant chez elle, un sentiment de tristesse et une volonté de faire plus que son « *rôle de soignante* » pour cet enfant. Le départ de l'enfant a également suscité plusieurs réactions émotionnelles chez ces soignants. Certains semblaient plus attristés et d'autres plus heureux. En effet, l'équipe s'était chargée d'appréhender sa sortie en contactant une assistante sociale. Cette dernière a pu rencontrer Naomie à plusieurs reprises afin de connaître ses besoins. Le délai de rétractation des parents

étant de deux mois, il était nécessaire de trouver une famille d'accueil capable d'accueillir la petite fille en attendant son projet d'adoption. Une famille a rapidement été choisie. Elle s'est rendue de façon régulière dans le service pour connaître davantage l'enfant. Plusieurs jours ont été nécessaires pour établir un premier lien entre Naomie et la famille. Lors de son départ, nous avons remis à sa famille un album retraçant son évolution dans le service. Chaque moments clés du séjour de l'enfant comme ses sourires, ses moments d'éveil ou encore son premier bain avaient été pris en photo et annotés par l'ensemble de l'équipe.

Tout au long de la prise en soin de Naomie, les soignants ont tenu à être bienveillants. Cependant ses sollicitations permanentes semblaient parfois créer un épuisement général chez les professionnels. Il y avait alors plusieurs profils de soignants. Certains, lorsque la situation leur paraissait difficile, essayaient de passer le relais dès que cela était possible. D'autres ne souhaitaient plus s'occuper de l'enfant, de peur de ne plus être dans la bienveillance ou de s'attacher. Enfin, certains faisaient le choix de prendre en soin Naomie à chaque poste, car un lien s'était créé entre elles et cet enfant.

Des tensions commençaient alors à apparaître au sein de l'équipe. Cette situation avait généré de nombreux questionnements et un débat permanent. Comment prendre en soins l'enfant sans que les émotions de chacun n'interviennent ? Comment les professionnels parvenaient-ils à se détacher ? Mettaient-ils des mécanismes de défenses en place pour se protéger émotionnellement ?

D'un point de vue personnel, le parcours de cet enfant m'a particulièrement touché et a suscité en moi un sentiment d'injustice, se traduisant par une forme de colère mais aussi de compassion. Il est vrai que je me posais beaucoup de questions quant au choix qu'avait fait la mère d'accoucher sous le secret. Plusieurs hypothèses pouvaient être envisagées. Etait-ce en lien avec ses précédents enfants ? Etait-ce par rapport à un contexte socio-économique précaire ? Qu'en était-il du père ? Etait-ce une grossesse désirée ? Toutefois, compte tenu du contexte, aucune réponse n'avait pu m'être apportée. Cependant, la prise en charge de Naomie aurait-elle était différente de celle menée pendant son hospitalisation ?

Par ailleurs, durant ses premiers jours de vie, Naomie avait dû affronter ses problèmes de santé, en l'absence de sa mère. Après neuf mois passée in-utéro, où l'enfant perçoit tous les sens de sa mère, celle-ci apparaît comme un repère essentiel pour le nouveau-né. La séparation précoce avec la mère, dans le cadre de la prématurité de Naomie pouvait-elle provoquer chez elle une anxiété majeure ? Je me demande alors, en quoi l'absence des parents pouvait-elle avoir des répercussions sur le bien-être et le comportement de l'enfant ? Cette

absence pouvait-elle avoir des conséquences sur la satisfaction des besoins de Naomie ? Bien que les professionnels étaient très présents, ces derniers étaient-ils à même de combler ses besoins d'ordre affectif ? En somme, la présence des parents est-elle indispensable pour le nouveau-né hospitalisé ?

De plus, les soignants ne pouvaient s'occuper exclusivement de l'enfant. Les contraintes horaires liées au rythme hospitalier ne permettaient pas de lui définir de « *professionnel référent* ». Tous les membres de l'équipe avaient été amenés à prendre en charge Naomie. Mais chaque soignant a ses propres représentations, ses habitudes et une voix qui lui est propre. J'ai alors pensé que toutes ces divergences pouvaient induire un manque de repères chez cet enfant. Ce cadre avait-il une incidence majeure sur son développement ? C'est la somme des différents éléments évoqués ci-dessus qui a fait naître en moi ce sentiment d'injustice. Je me demandais donc en quoi le contexte dans lequel Naomie a été accueillie pouvait avoir une incidence sur son bien être en général.

Ensuite, j'ai ressenti de l'affection pour cet enfant lors de sa prise en soin. Je pense que ma présence quotidienne auprès de Naomie, les gestes répétés, et ses sollicitations permanentes ont favorisé la survenue de ce sentiment. L'absence maternelle a également suscité chez moi un sentiment de tristesse et de peine. Lorsque j'en ai pris conscience, je me suis demandé si j'avais adopté une « *juste distance professionnelle* » ? Y-a-t-il une juste distance dans ce genre de situation ? Si oui, comment l'adopter ? Mes émotions ont-elles pu influencer ma manière d'être et de faire auprès de cet enfant ? Quelles stratégies d'adaptation pouvais-je mettre en place ?

Suite à ces diverses interrogations, un questionnement plus général a émergé :

Comment l'infirmière puéricultrice, au sein d'une équipe pluridisciplinaire gère-t-elle ses émotions, face au lien d'attachement qui peut se créer avec un enfant hospitalisé, en l'absence de ses parents ?

2.1.2 Situation d'appel n°2

Pendant ma troisième année en école d'infirmière, j'ai effectué un stage de plusieurs semaines en service d'hémo-oncologie pédiatrique. Le service possédait vingt lits accueillant des enfants hospitalisés de quelques mois de vie allant jusqu'au début de l'âge adulte. Ce stage m'a permis d'aborder la prise en charge d'enfants porteurs d'une maladie chronique et la spécificité du rôle de l'infirmière puéricultrice en pédiatrie.

J'ai participé à la prise en soin de Lucas³, âgé de quatre ans et demi, hospitalisé dans le cadre des complications du traitement d'une leucémie aigüe lymphoblastique récidivante. Cela faisait deux ans que le quotidien du garçon était ponctué d'hospitalisations et d'allers et venues à l'hôpital.

Lucas avait une grande sœur d'une vingtaine d'années qui ne vivait pas dans la région. Du point de vue des parents, leur fille était complètement autonome. Ces derniers avaient quitté leur région natale quelques mois avant la découverte de la leucémie de Lucas. Le couple était dans un contexte socio-économique relativement précaire. En effet, les deux parents étaient en recherche d'emploi et leur situation s'était complexifiée de par la maladie de leur fils. Cela les rendait moins disponibles et plus préoccupés. Ils logeaient à proximité du centre hospitalier, et venaient le voir une heure certains soirs de la semaine. Ils étaient peu présents pour accompagner l'enfant dans la réalisation des gestes quotidiens, mais également durant les soins. Les parents avaient fait part à l'équipe de leur manque de confiance dans leur rôle de parents antérieur aux hospitalisations, mais majoré depuis sa présence prolongée dans le service. Ils étaient soutenus, et leur rôle était valorisé par l'ensemble de l'équipe. En parallèle, toujours dans le but de favoriser le lien parents-enfant ils étaient pris en charge avec Lucas par la psychologue du service. Cette dernière s'appuyait souvent sur le ressenti de l'équipe pour axer sa prise en charge. Elle donnait des conseils précieux aux soignants, c'est pourquoi, lorsque les parents étaient présents, l'équipe faisait preuve d'adaptation et laissait la plus grande intimité à cette famille. Malgré les différents outils mis en place, les parents étaient tout aussi absents. Je me suis alors questionnée : leur absence était-elle une façon de se protéger des émotions que pouvaient induire l'hospitalisation et la maladie de leur enfant ? Était-ce une façon de se reposer sur l'équipe ? Leur absence se ressentait dans la prise en charge de l'enfant. Les activités afférentes à Lucas constituaient la majeure partie du temps de travail des soignants qui l'avaient en charge. C'est l'équipe qui aidait Lucas dans sa phase

³ Pour le respect de la confidentialité et du secret professionnel, le prénom de l'enfant a été modifié

d'apprentissage de l'autonomie lors de moments tels que la prise des repas, la douche, le brossage de dents et l'habillage. De par ses séjours répétés, l'équipe a participé et a suivi son évolution en termes d'apprentissages, de savoirs et de développement psychomoteur. Lors de ses chimiothérapies ou de soins invasifs, l'équipe faisait systématiquement appel à des bénévoles d'associations ou aux éducateurs de jeunes enfants afin de l'accompagner. Cela permettait à Lucas de ne pas être focalisé sur le soin et que ce dernier ne soit pas vécu avec appréhension et difficulté.

Les professionnels du service semblaient avoir noué un lien particulier avec l'enfant. En effet, au-delà des périodes de soins ces derniers partageaient des temps privilégiés avec l'enfant. Cela pouvait être tant des moments de jeux, de coloriage, mais également le choix de ses dessins animés, ou encore les lectures d'histoires avant de dormir. Outre ces nombreux échanges, l'enfant sollicitait encore l'attention de l'équipe soignante. Ce dernier réclamait souvent des bisous ou des câlins de la part de différentes soignantes. Ces gestes familiers qui témoignent de l'affection, sont généralement réservés à l'entourage proche de l'enfant, la famille.

C'est dans ce contexte et dans une volonté de bienveillance, que la prise en soin de Lucas a été source de nombreux questionnements à diverses reprises au cœur de l'équipe soignante.

Premièrement, j'ai interrogé à plusieurs reprises la notion de « *juste distance professionnelle* » : quelle posture adopter face à un enfant qui demande beaucoup d'attention ? Comment accompagner l'enfant tout au long de sa prise en soin en gardant une distance professionnelle ? Les soignants étaient soucieux quant à l'équilibre de l'enfant. Ils veillaient à ce que celui-ci n'ait pas de relation privilégiée avec un professionnel en particulier, en changeant régulièrement d'équipe. Mais aussi en s'assurant que les temps partagés avec Lucas (hors contexte de soins), soient majoritairement réservés à des professionnels plus ponctuels, par exemple les éducateurs de jeunes enfants. A travers ces différentes démarches, l'équipe avait pour but que l'enfant ne crée pas de lien d'attachement à un soignant en particulier. La relation avec ses parents était déjà fragile, cela aurait pu rendre la suite de l'hospitalisation et le retour à domicile plus délicat. Alors, quel positionnement doit adopter l'ensemble de l'équipe face à cette situation ? Existe-t-il un juste positionnement ? Une juste distance ?

Deuxièmement, l'équipe se questionnait sur sa capacité à satisfaire les besoins de l'enfant dans ce contexte de soin. L'équipe peut-elle satisfaire tous les besoins de l'enfant

nécessaire à son bon développement et à son épanouissement ? La satisfaction des « besoins physiologiques » tels que manger, boire, ou être propre ne questionnait pas l'équipe. Ces derniers disaient avoir l'habitude de satisfaire ces besoins au quotidien pour les autres enfants hospitalisés. Ce sont cependant la satisfaction des besoins d'ordre affectif qui suscitaient des interrogations. D'après la psychologue, les parents de Lucas ne paraissaient pas en mesure, ni en capacité de les satisfaire de manière adéquate. Jusqu'alors, l'enfant s'était développé avec les moyens que lui accordaient ses parents, et ce dernier ne semblait pas carencé. Cependant, les soignants probablement influencés par leurs propres représentations, avaient tendance à penser que l'enfant pouvait manquer d'affection, de câlins, et de gestes tendres et rassurant. Ce sentiment de la quasi totalité de l'équipe était majoré par les sollicitations importantes de Lucas auprès des professionnels. Face à une telle situation, quel est alors le rôle de l'équipe ? Quelle position et attitude adopter avec cet enfant en demande d'affection auprès des professionnels ?

Enfin, j'ai pu entendre à plusieurs reprises les soignants verbaliser leur appréhension quant au fait de s'impliquer émotionnellement dans la relation avec Lucas. Au fil des semaines, les comportements des professionnels ont évolué pour aboutir à plusieurs situations. Il y avait les professionnels qui s'organisaient pour ne pas être en charge de l'enfant. Puis, ceux qui mettaient beaucoup de distance dans les échanges avec Lucas. Ces derniers ne semblaient plus prendre en compte le ressenti et le bien être de l'enfant. Je me suis alors posée la question des différents mécanismes de défenses mis en place par ces différents professionnels. Comment les mécanismes de défenses s'installent dans une relation de soin ? Comment influencent-ils la relation entre les soignants et l'enfant ? Enfin, il y avait les soignants qui mettaient beaucoup d'affect dans la relation avec Lucas et répondaient à toutes ses demandes. Cela pouvait aller du choix d'un dessin animé, à des jeux ou des câlins en début de nuit. Je me suis demandée si les soignants peuvent satisfaire les besoins d'ordre affectif de l'enfant sans s'impliquer émotionnellement. En somme, les soignants dans une dynamique de remise en question de leurs pratiques cherchaient à être justes et objectifs dans la prise en soin de Lucas, en tenant compte de son ressenti. En quoi les émotions soignantes influent sur l'objectivité et la prise de décision concernant la prise en soins de Lucas ?

Cette situation a suscité en moi une réflexion en lien avec la remise en question permanente de l'équipe. Bien que comprenant le point de vue des professionnels, j'étais dans le service depuis seulement quelques semaines. Je ne pouvais partager avec eux leur problématique et leurs émotions car ces derniers s'occupaient de Lucas depuis plusieurs mois. C'est cependant au cours de cette situation que j'ai pris conscience de toute la problématique

et les questionnements que font émerger les notions de juste distance, d'émotions et de lien d'attachement. Je pense notamment que la situation est d'autant plus complexe, comme dans ce contexte où l'enfant est seul ou peu accompagné.

De manière générale, j'en suis venue au questionnement suivant :

En quoi les émotions soignantes interfèrent et peuvent influencer la prise en soin d'un enfant hospitalisé en l'absence de ses parents ?

2.2 Analyse des situations d'appel et question de départ

Les deux situations ci-dessus vécues par chacun d'entre nous, présentes plusieurs différences. Bien que le contexte hospitalier soit identique, les services et les populations accueillies divergent. L'un accueille des nouveau-nés en situation aiguë en période néonatale, quant à l'autre, il accueille des enfants plus grands, présentant des pathologies qui nécessitent une longue hospitalisation. Malgré cette différence, de nombreuses caractéristiques sont communes à ces deux situations. En effet, l'âge de ces enfants reste relativement proche, puisque Naomie est un nourrisson et Lucas est âgé de quatre ans. Ils sont donc dans la tranche d'âge de la petite enfance, située entre zéro et six ans. De plus, ces derniers ont une famille qui est peu ou pas présente à leur côté. Ce contexte oblige les équipes à passer plus de temps avec les enfants et à avoir une attention plus particulière avec eux. Ces moments de partage répétés entre les enfants et les soignants ont fait naître une relation de proximité, allant jusqu'à un lien d'attachement pour certains professionnels. Ensuite, dans les deux situations les soignants sont dans une dynamique de remise en question en lien avec leur posture professionnelle. Ces derniers affirment que leurs émotions ont énormément d'influence dans leur relation de soin avec les enfants présentés. De plus, il nous semble important de relever la notion de temporalité qui est commune à ces deux situations. Les enfants accueillis passent davantage de temps dans les services en comparaison aux autres patients.

L'ensemble de ces éléments confondus a alors fait émerger une question de départ à ce travail de recherche, qui est la suivante :

En quoi les émotions de la puéricultrice, peuvent-elles venir perturber la recherche de juste distance chez cette professionnelle avec l'enfant, dans un contexte d'absence parentale en milieu hospitalier ?

3. LE CADRE DE RÉFÉRENCE

3.1 La puéricultrice

La puéricultrice est une professionnelle placée au cœur des problématiques liées à l'enfance. Nous définirons dans un premier temps la profession ainsi que son évolution jusqu'à aujourd'hui en France. Puis, nous aborderons sa place centrale entre les différents acteurs et les partenaires de soin impliqués au cours de l'hospitalisation d'un enfant.

3.1.1 Définition et historique

D'un point de vue étymologique le terme « puéricultrice » est un dérivé du latin, « *puer* » signifiant enfant, tandis que « *cultrice* » signifie cultiver, faire grandir. Si l'on s'arrête à la simple signification du mot, la puéricultrice peut alors être considérée comme une personne qui aide l'enfant à mûrir et à se développer. Toutefois, selon l'Association Nationale des Puéricultrices Diplômées et des Etudiants (ANPDE), le métier de puéricultrice consiste à « *prendre soin des enfants pour maintenir, restaurer et promouvoir la santé, le développement, l'éveil, la socialisation. Les activités de l'infirmière puéricultrice concourent à l'accompagnement de la fonction parentale et participent, dans le cadre des projets de soins et des projets éducatifs pluri-professionnels à la protection des enfants, à leur intégration dans la société, à la lutte contre les exclusions* ». La puéricultrice apparaît comme une personne de référence auprès de l'enfant et de son entourage dans le parcours de soin.

Historiquement, la profession existe en France depuis seulement 1947. La création de ce diplôme, par le ministre de la santé Robert PRINGENT, faisait partie des mesures prises pour lutter contre le taux de mortalité infantile élevé et le faible taux de natalité au lendemain de la Seconde Guerre Mondiale. Depuis, le diplôme et l'accès à la formation ont été remaniés en fonction de l'évolution de notre société, et selon les besoins des familles. Actuellement, la formation insiste davantage sur la prise en charge globale de l'enfant, l'importance de la relation parents-enfant-soignant, et les soins de nature préventive et éducative. De plus, la profession est accessible en un an aux professionnels diplômés sages-femmes et infirmières.

Enfin, les puéricultrices sont amenées à exercer dans différents secteurs, notamment en milieu extra-hospitalier, dans des Établissements d'Accueil de Jeunes Enfants (EAJE) ainsi qu'au sein de services de Protection Maternelle et Infantile (PMI). Mais aussi dans différents services du secteur hospitalier tels que la maternité, la néonatalogie et la pédiatrie. En

fonction de son lieu d'exercice, elle est amenée à collaborer avec de nombreux autres acteurs impliqués dans la prise en soins et l'accompagnement de l'enfant et de sa famille.

3.1.2 La puéricultrice, entre acteurs et partenaires de soins

Dans un contexte de prise en soin globale de l'enfant, la puéricultrice est amenée à collaborer et assure le lien entre différents acteurs médicaux et paramédicaux, tels que les auxiliaires de puériculture et les médecins, mais également les parents qui sont de réels partenaires de soin.

Comme vu précédemment, il est primordial de rappeler que de par sa spécialité, la profession de puéricultrice dépend de la législation du corps infirmier. Selon l'article L. 4311-1 du Code de la Santé Publique, « *est considérée comme exerçant la profession d'infirmière toute personne qui donne habituellement des soins infirmiers sur prescription ou conseil médical ou en application du rôle propre qui lui est dévolu* »⁴.

Le rôle « sur prescription médicale », ou rôle prescrit de la puéricultrice induit une étroite collaboration entre cette dernière et les médecins. En appliquant les traitements médicaux et en réalisant les soins, elle est amenée à observer puis relater ses différentes observations concernant la santé et le bien-être de l'enfant au corps médical.

Par ailleurs, dans le cadre de son rôle propre, la puéricultrice peut également collaborer avec les auxiliaires de puériculture. Les textes législatifs qui régissent la profession d'auxiliaire de puériculture les décrivent sous la responsabilité de la puéricultrice. En effet, « *elle dispense dans le cadre du rôle propre de la puéricultrice ou de l'infirmier, en collaboration avec lui et sous sa responsabilité des soins et réalise des activités d'éveil et d'éducation pour préserver et restaurer la continuité de la vie, le bien-être et l'autonomie de l'enfant* »⁵. Elle accompagne l'enfant, en partenariat avec sa famille, en tenant compte de leurs habitudes de vie. Au regard du temps et de l'implication que requièrent ces activités, cela induit une grande proximité entre l'auxiliaire, l'enfant et son entourage. C'est dans ce contexte que la puéricultrice est amenée à échanger au quotidien avec les auxiliaires de puériculture, permettant une continuité des soins.

⁴ COLLECTIF. *Profession infirmier*. Berger Levrault. 2015. Boulogne-Billancourt. Page 150.

⁵ France. MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITE. Arrêté du 16 janvier 2006 relatif à la formation conduisant au diplôme d'Etat d'auxiliaire de puériculture, modifié par l'arrêté du 30 novembre 2009 article 2. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000457507>, consulté le 15.05.2018

Enfin, toujours dans le cadre de son rôle propre, la puéricultrice pourvue de compétences relationnelles instaure un climat de confiance avec l'enfant et sa famille. Cela passe par la connaissance de l'enfant, de ses goûts et de son environnement. Les parents sont généralement les personnes les plus proches de l'enfant et ceux qui le connaissent le mieux. C'est dans ce contexte qu'ils échangent sur ce dernier avec la puéricultrice tout au long de l'hospitalisation afin d'assurer une prise en charge individualisée. De plus, la circulaire n°2004-517 du 28 octobre 2004 notifie que « *les parents (...) sont acteurs et partenaires à part entière de la prise en charge* »⁶. Ces éléments réunis nous permettent de définir les parents comme interlocuteurs naturels et partenaires de soins pour l'équipe soignante, dont la puéricultrice.

En conclusion, ces différents acteurs et partenaires qui jouent un rôle auprès de l'enfant et notamment la puéricultrice, œuvrent dans un objectif commun : la prise en soin coordonnée, permettant le suivi et le rétablissement de l'état de santé de l'enfant.

En résumé, la puéricultrice grâce à ses connaissances spécifiques sur l'enfant, son rôle propre et son rôle prescrit devient une figure de référence pour l'équipe soignante ainsi que pour les patients et leur entourage. Elle assure une position centrale, permettant notamment de faire le lien entre les différents acteurs et partenaires de soins, permettant d'assurer une continuité dans la prise en soin. Enfin, bien qu'ayant de nombreux interlocuteurs, le principal reste celui qui est au cœur de sa profession : l'enfant.

3.2 L'hospitalisation du jeune enfant

Après avoir abordé le rôle de la puéricultrice et sa position centrale dans la prise en soin de l'enfant, nous allons maintenant nous intéresser à l'hospitalisation du jeune enfant. Nous avons fait le choix de cibler nos recherches sur l'hospitalisation durant la période de la petite enfance. En effet, nos situations d'appels concernent des enfants dans la tranche d'âge de zéro à six ans.

Dans un premier temps, nous introduirons le terme d'enfant et la notion d'autorité parentale. Dans une seconde partie, nous aborderons le développement du jeune enfant afin de

⁶ France. MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA PROTECTION SOCIALE. Circulaire DHOS/O1/DGS/DGAS n°2004-517 du 28 octobre 2004, relative à l'élaboration des schémas régionaux d'organisation sanitaire de l'enfant et de l'adolescent. Disponible sur : <https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2004/04-52/a0523394.htm?fbclid=IwAR1EKc5cddFU63vz4cebGjy4jt78Op8mXDvEa-i1Y3vP2qzNCxF5x6hUsKc> , consulté le 20.05.2018

comprendre ensuite les enjeux lors de l'accueil d'un enfant en milieu hospitalier. C'est à ce moment que nous verrons la place qu'occupent les parents auprès de l'enfant hospitalisé et ainsi les conséquences de leur absence que ce soit pour l'enfant ou pour les professionnels de santé.

3.2.1 Définitions

3.2.1.1 L'enfant

Tout d'abord, le terme « d'enfant » a évolué à travers les époques. De manière générale, si on s'intéresse à son origine, ce mot provient du latin « *infans* », qui signifie « *celui qui ne parle pas* » et du verbe grec « *fémi* » celui « *qui ne sait manifester sa pensée par la parole* »⁷. L'étymologie « enfant », le réduit alors au fait de ne pas avoir encore acquis le langage pour exprimer librement ce qu'il pense.

Toutefois, l'augmentation de l'espérance de vie des enfants avec les progrès de la science ont conduit à faire évoluer leur place et leur valeur au sein de la société. Cette récente évolution aboutit le 20 novembre 1989, par l'adoption de la Convention Internationale des Droits de l'Enfant (CIDE) par les Nations Unies. Ces textes fondamentaux se sont basés sur la déclaration universelle des droits de l'homme tout en visant à s'adapter aux enfants. Selon l'article premier de la CIDE, un enfant s'entend 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* »⁸. L'objectif de ces textes étant de protéger l'enfant et de le reconnaître comme sujet de droit placé sous la protection et l'autorité de ses parents, sauf cas particulier. Les droits cités par cette convention peuvent être présentés comme des réponses aux besoins des enfants, afin qu'ils se développent de manière optimale et harmonieuse.

En d'autres termes, les enfants ne peuvent répondre seuls à tous leurs besoins de manière autonome du fait de leur âge et de leur développement. Cela oblige les adultes à en assumer la responsabilité et la charge. En effet, c'est le rôle en tant que responsable légal, d'exercer l'autorité parentale et ainsi de veiller à la protection de l'enfant. C'est pourquoi, nous allons aborder à présent les notions d'autorité parentale et de parentalité.

⁷ Centre national de ressources textuelles et lexicales, consulté le 20/05/2018. Disponible sur : <http://www.cnrtl.fr/etymologie/enfant?fbclid=IwAR1EKC5cddFU63vz4cebGjy4jt78Qp8mXDvEa-i1Y3vP2qzNCxF5x6hUsKc>

⁸ France. MINISTERE DES AFFAIRES ETRANGERES. Convention internationale des droits de l'enfant, du 20 novembre 1989, article premier. Consulté le 24/05/2018. Disponible sur : https://www.diplomatie.gouv.fr/IMG/pdf/Conv_Droit_Enfant.pdf?fbclid=IwAR2NEwKb4Avcx5u8uiZdrCi1gBa qHWrL6F6vafNWuvkjHmpZzXdkNrPdNW8

3.2.1.2 Autorité parentale et parentalité

Tout d'abord, selon l'article 371-1 du code civil (loi du 4 mars 2002), l'autorité parentale est « *un ensemble de droits et de devoirs ayant pour finalité l'intérêt de l'enfant (...)* »⁹. On comprend ici que les parents se doivent d'assurer les différents droits et devoirs attachés à l'exercice de l'autorité parentale. Actuellement, l'évolution de la composition des familles amène à reconsidérer la notion d'autorité parentale exercée par un couple hétérosexuel. En effet, de plus en plus de foyers sont des familles monoparentales ou des couples homosexuels. Lors de cas particuliers, l'autorité parentale peut également être attribuée à un tuteur légal, dans la famille de l'enfant ou extérieur à son entourage. Dans notre profession, il est alors important de prendre en considération les différentes situations familiales afin de savoir qui exerce l'autorité parentale auprès de l'enfant.

De plus, l'autorité parentale a pour objectif la protection de l'enfant, sa sécurité, sa santé et sa moralité, permettant d'assurer son éducation et de permettre son développement dans le respect dû à sa personne. Elle appartient donc aux « parents » et est partagée de façon conjointe, jusqu'à la majorité ou l'émancipation de l'enfant. Dans certains cas mettant en danger la vie de l'enfant, le juge peut alors confier l'autorité parentale exclusive à l'un des deux parents ou décider de la supprimer.

L'autorité parentale se distingue de la parentalité, qui elle est définie en 2011 par le Comité National de Soutien à la Parentalité (CNSP) comme « *l'ensemble des façons d'être et de vivre le fait d'être parent. C'est un processus qui conjugue les différentes dimensions de la fonction parentale, matérielle, psychologique, morale, culturelle, sociale. Elle qualifie le lien entre un adulte et un enfant, quelle que soit la structure familiale dans laquelle il s'inscrit, dans le but d'assurer le soin, le développement et l'éducation de l'enfant. Cette relation adulte/enfant suppose un ensemble de fonctions, de droits et d'obligations (morales, matérielles, juridiques, éducatives, culturelles) exercés dans l'intérêt supérieur de l'enfant en vertu d'un lien prévu par le droit (autorité parentale). Elle s'inscrit dans l'environnement social et éducatif où vivent la famille et l'enfant* »¹⁰. Nous constatons que la parentalité est

⁹ France. Article 371-1 du code civil modifié par la loi n°2013-404 du 17 mai 2013-article 13, chapitre 1^{er} : de l'autorité parentale relativement à la personne de l'enfant. Consulté le 28/08/2018. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?idSectionTA=LEGISCTA000006136194&cidTexte=LEGITEXT000006070721&fbclid=IwAR0GWd9_QxwPaUWFDcT6C4emDk0Rd3j-V_8gVrZprefhJcoeSw-UDMuUAnI

¹⁰ Comité National de Soutien à la Parentalité. *Rapport d'évaluation de la politique de soutien à la parentalité-volet 1*, février 2013. Page 14. Consulté le 28/05/2018. Disponible le :

propre à chaque parent, elle se construit autour de leur ressenti et de leurs valeurs éducatives. Elle prend en considération l'intérêt global de l'enfant afin de lui apporter sécurité et bien être. La parentalité, en s'engageant durablement dans le temps, induit la notion de responsabilité. Ce qui conduit les notions de parentalité et d'autorité parentale à être étroitement liées.

En somme, les parents ont un rôle important dans l'accompagnement pour le développement et à l'épanouissement de leur enfant.

3.2.2 Le développement du jeune enfant

Chez l'enfant, les termes "développement" et "besoin" sont indissociables. En effet, selon Henri PIERON, un besoin est « *une manifestation naturelle de sensibilité interne, éveillant une tendance à accomplir un acte ou à rechercher une catégorie donnée d'objet* »¹¹. Les principaux besoins de l'enfant sont de nature vitale. Les immaturités physiologiques et psychiques de l'enfant ne lui permettent pas d'y répondre de manière autonome. La satisfaction de ses besoins par l'action d'un adulte permet alors d'assurer la continuité de son développement physique et psychoaffectif.

Au cours de ses premières années de vie, l'enfant développe progressivement de nombreuses capacités motrices, psychoaffectives ou sociales. Il progresse avec un rythme qu'il lui est propre, c'est la « *variation individuelle* ». Cela dépend de sa personnalité, de son environnement, et de son entourage. Les parents occupent une place importante dans son développement. En effet, en créant un environnement sécurisant et propice aux acquisitions l'enfant pourra alors par le fruit de ses apprentissages et de ses découvertes, gagner progressivement en autonomie. De plus, la qualité des interactions et de la relation affective entre les parents et l'enfant, en répondant à ses besoins de manière adéquate permettra à l'enfant de prendre confiance en soi. Le rôle des parents est ici celui de rassurer, d'encourager, de jouer et d'enseigner à leur enfant.

C'est pourquoi, dans un contexte d'hospitalisation qui est synonyme de rupture avec le quotidien de l'enfant et son environnement, il paraît essentiel de veiller au maintien des acquisitions de celui-ci et à l'évolution de son bon développement.

http://www.modernisation.gouv.fr/sites/default/files/epp/epp_parentalite_tome1.pdf?fbclid=IwAR0GWd9_QxwPaUWFDcT6C4emDk0Rd3j-V_8gVrZprefhJcoeSw-UDMuUANl

¹¹ PIERON Henri. *Vocabulaire de la psychologie*. Presses universitaires de France. Paris. 2005.

3.2.3 L'enfant à l'hôpital

L'hospitalisation est souvent vécue comme un moment difficile pour l'enfant et ses parents puisqu'il y a une perte des repères habituels de son environnement familial. L'enjeu pour les services pédiatriques est de pouvoir subvenir aux besoins l'enfant et de ses parents tout en lui permettant de poursuivre son développement et ses apprentissages. Pour ce faire, l'hospitalisation de ce dernier est régie par la charte de l'enfant hospitalisé, que nous présenterons en premier lieu. Nous aborderons ensuite la place des parents pendant l'hospitalisation, avant d'aborder le cas particulier de la prise en soin d'un enfant hospitalisé seul.

3.2.3.1 La charte de l'enfant hospitalisé

Le séjour de l'enfant en milieu hospitalier est pourvu de dispositions spécifiques. Nous avons pu voir précédemment que l'enfant a des besoins qui lui sont propres. Ainsi, les hôpitaux en mesures d'accueillir des enfants ont pour obligation de « *prendre en compte l'ensemble de leurs besoins: sanitaire, social, éducatif et scolaire etc, et d'intégrer les éléments spécifiques de leurs parcours lors de l'hospitalisation, de l'accueil à la sortie* »¹². Cela permet d'encadrer les conditions d'accueil des enfants hospitalisés de manière individualisée, en plaçant ce dernier au centre de la prise en soin.

Il existe également une charte Européenne de l'enfant hospitalisé adoptée par le parlement européen en 1988, inspirée de la CIDE. Selon l'Association pour l'Amélioration des Conditions d'Hospitalisation des Enfants (APACHE), la charte de l'enfant hospitalisé est « *un inventaire des droits que chaque enfant possède avant, pendant et après une hospitalisation pour le traitement d'une maladie ou d'un handicap* »¹³. Cette dernière rappelle les besoins particuliers ainsi que les droits de l'enfant. On citera par exemple le droit d'être entouré pendant le séjour, le droit à l'information concernant sa maladie et les soins réalisés, mais également le droit d'être soulagé de sa douleur. Au vu de notre contexte, nous retenons également deux items essentiels de cette charte qui sont :

- « *qu'un enfant hospitalisé a le droit d'avoir ses parents ou leur substitut auprès de lui jour et nuit* »¹⁴,

¹² DUPONT Marc, REY-SALMON Caroline. *L'enfant et l'adolescent à l'hôpital*. Presses de l'EHESP. Rennes. 2014. p.275

¹³ Charte des droits de l'enfant hospitalisé. Cf annexe 2.

¹⁴ DUPONT Marc, REY-SALMON Caroline. *L'enfant et l'adolescent à l'hôpital*. Presses de l'EHESP. Rennes. 2014. p.275

- « *d'encourager les parents à rester auprès de leur enfant et on leur offrira pour cela toutes les facilités matérielles (...) afin qu'ils participent activement aux soins de leur enfant* »¹⁵.

Cette charte met en avant la place essentielle qu'occupent les parents auprès de leur enfant, particulièrement pendant une hospitalisation.

Pour terminer, les soignants prenant en soin des enfants veillent donc au respect de leurs différents droits, cités à travers diverses chartes, lois, et textes fondamentaux. Ces derniers ont pour but d'offrir un environnement adéquat à l'enfant tout au long de son séjour à l'hôpital.

3.2.3.2 La place des parents auprès de l'enfant hospitalisé

Il convient dans un premier temps de rappeler qu'un des objectifs de l'autorité parentale est d'assurer la protection de la santé de l'enfant mineur. En effet « *les pères et mères ont le droit et le devoir de protéger la santé de leur enfant* »¹⁶. Ils sont donc décisionnaires dans les choix concernant son hospitalisation, sans pour autant exclure son consentement. De plus, « *la famille influence l'état de santé du patient et s'avère être une alliée essentielle dans l'attribution de soins de qualité par les professionnels de la santé, notamment les infirmières* »¹⁷. Rappelons également que les proches sont les personnes les plus à même de répondre aux besoins des enfants de manière adéquate. Ses habitudes de vie, tels que le rituel de coucher ou ses goûts alimentaires par exemple, sont des informations capitales à transmettre à l'équipe soignante pour assurer la continuité des habitudes quotidiennes. Ces éléments permettent à l'enfant et à la famille de mieux vivre l'hospitalisation, instaurant ainsi une relation de confiance avec l'équipe soignante ce qui permettra une meilleure adhésion aux soins.

Néanmoins, l'hospitalisation d'un enfant n'est pas toujours évidente. Elle peut-être vécue avec appréhension, que ce soit pour lui ou ses parents. Dana CASTRO, psychologue clinicienne à Paris, affirme que « *lorsqu'une maladie grave ou chronique surgit dans une famille entraînant l'hospitalisation de l'enfant, elle devient instantanément un important facteur de stress psychosocial. Elle modifie les relations de l'enfant à son entourage.* »¹⁸. Cela

¹⁵ Ibid.

¹⁶ PICAL Daniel. L'autorité parentale dans le code civil. *Le Journal des psychologues*, 2014, n° 322 p.29-32.

¹⁷ HA Laurence. *Témoignage de parents qui accompagnent un enfant hospitalisé lors d'un épisode de soins aigus : groupe de partage*. Thèse. Montréal. Novembre 2007, p 10.

¹⁸ CASTRO Dana. L'enfant à l'hôpital. *Le Journal des psychologues*, 2008, n° 254, p. 24.

peut être en lien avec l'état de santé de l'enfant, ou bien les représentations qu'ils ont du milieu hospitalier. Chez l'enfant, l'hospitalisation entraîne également une cassure avec son milieu quotidien et ses habitudes de vie, mais aussi un éloignement avec les personnes qui lui sont familières (parents, fratrie). De ce fait, l'hospitalisation peut bouleverser la dynamique familiale et être rapidement source d'anxiété. Les parents se sentent alors souvent démunis et peuvent ressentir un sentiment de culpabilité. Cependant, dans ce contexte souvent nouveau, les parents restent pour l'enfant une figure de référence et une source de repères.

En somme, la présence des parents aide donc les soignants à mieux comprendre l'enfant et permettent une prise en soin personnalisée. De ce fait, les équipes de professionnels ont pour principe et objectif d'inclure les parents au cœur des soins prodigués à leur enfant. Ces derniers participent alors activement au projet thérapeutique.

3.2.3.3 Absence parentale : conséquences pour l'enfant

Alors que l'entourage est inclus dans le projet de soin, dans certains contextes comme ceux décrits dans nos situations d'appel, l'hospitalisation entraîne une séparation parents-enfant. Il se retrouve alors hospitalisé seul, dans un milieu inconnu et hostile. Ainsi, le séjour hospitalier peut être vécu péniblement par l'enfant qui peut éprouver un « sentiment d'abandon » de la part de son entourage. Ce sentiment est d'autant plus présent lorsque la séparation est longue. Afin de mieux comprendre, nous pouvons définir la notion de séparation comme « *le relâchement ou la rupture du lien qui unissait deux personnes* »¹⁹. Ici, nous parlons du lien parents-enfant. Celui-ci s'établit à partir de la grossesse et il se construit grâce aux interactions quotidiennes dès la naissance. Ces interactions permettent progressivement aux parents de connaître leur enfant et de répondre à ses besoins de manière adaptée, permettant à ce dernier d'éprouver un sentiment de sécurité. C'est pourquoi la rupture de ce lien nous laisse à penser que cela peut avoir des répercussions sur l'enfant. Nous nous questionnons alors sur la posture professionnelle à adopter dans ces situations.

Nous retrouvons deux auteurs qui ont étudié les conséquences d'une rupture de ce lien. Le premier est John BOWLBY, pédopsychiatre anglais du XXème siècle, qui a étudié les conséquences d'une séparation entre le jeune enfant et sa figure maternelle pendant la petite enfance, notamment en milieu hospitalier. Il remarqua chez ces enfants un profond sentiment de souffrance physique et psychique, augmentant ainsi le risque de dépression. De même, il

¹⁹ Centre national de ressources textuelles et lexicales, consulté le 09/06/2018. Disponible sur : http://www.cnrtl.fr/definition/Separation?fbclid=IwAR3gjk9tTyo1dIVXMcrpt-wFbv4R_q8F0Ur232-IzXLw0fKBV4Aj4OkdOI

repéra qu'une séparation avec les parents pouvait engendrer chez l'enfant une perte du sentiment de sécurité et de protection. Le second, René SPITZ, psychanalyste, a réalisé des travaux lui permettant d'introduire la notion « d'hospitalisme ». Des études réalisées chez des enfants privés de tous échanges affectifs suite à une séparation maternelle, ont montré un syndrome de repli relationnel, suivi d'un arrêt de l'évolution psychomotrice. Cela nous permet de mettre en évidence que les besoins d'ordre affectif chez l'enfant peuvent avoir une incidence sur son développement global.

De par ces deux auteurs précédemment cités, nous prenons conscience que la séparation avec les proches de l'enfant dans un contexte hospitalier peut avoir des répercussions sur ce dernier: que ce soit d'ordre psychoaffectif, mais également sur son développement en général. L'objectif des soignants est donc d'avoir une vision globale de l'enfant, permettant de répondre à ses différents besoins pour assurer une prise en soin spécifique.

3.2.3.4 Prise en soin de l'enfant seul

Au vu des différentes conséquences que peut entraîner une hospitalisation sur l'enfant en l'absence de ses parents, nous allons à présent aborder les particularités d'une prise en soins dans ce contexte, du point de vue des professionnels.

D'une part, pour les soignants, l'absence des parents induit le manque de l'un des partenaires de soin. Ainsi, ces derniers n'ont pas toutes les connaissances concernant le rythme de l'enfant et ses goûts, permettant la création d'un projet de soin personnalisé. Les réponses à ses besoins ne seront alors pas toujours adaptées ou anticipées.

D'autre part, en l'absence des parents, l'équipe soignante se verra au-delà des soins médicaux, accompagner l'enfant pour les gestes de la vie quotidienne. Dans la volonté d'assurer un sentiment de sécurité à l'enfant et permettre son bon développement, les professionnels devront à ses différents besoins, lui fixant ainsi des repères. Ainsi, au regard du temps passé ensemble et de la proximité induite par les soins, l'enfant et l'équipe vont alors se familiariser progressivement jusqu'à créer une relation de confiance.

Enfin, toujours selon BOWLBY, lorsque l'enfant est privé de ses parents un certain temps, il décrit dans certaines situations une phase de détachement de sa figure d'attachement principale, suivi d'un réinvestissement à une figure d'attachement secondaire. Cela peut être le cas lors d'une hospitalisation, l'enfant peut alors s'attacher émotionnellement et

affectivement, à un ou plusieurs membres de l'équipe soignante. Du point de vue des professionnels, ces situations peuvent être vécues de différentes manières. Pour certains, il est difficile d'être insensible face aux sentiments que renvoie l'enfant et de tenir à l'écart ses émotions.

Avec l'exemple de nos situations d'appel et les éléments que nous apportent ces dernières recherches, nous réalisons alors toute la subtilité de la relation soignant-soigné entre la puéricultrice et l'enfant hospitalisé seul.

En conclusion, le jeune enfant est une personne en plein développement et apprentissage. Lors d'une hospitalisation, toutes ses habitudes de vie et son environnement sont bousculés, c'est pourquoi ses parents restent une source de repères pour lui. Au-delà des conséquences pour l'enfant, l'absence parentale induit pour l'équipe un manque de partenaire de soin, essentiel pour assurer une prise en charge personnalisée, efficace et de qualité. Ces situations nous amènent donc à nous questionner sur le positionnement de la puéricultrice dans sa relation avec l'enfant dans ce contexte de proximité et d'intimité, favorisées par l'absence des parents.

3.3 Empathie, juste distance et émotions

A travers cette partie nous exploiterons dans un premier temps les différentes aptitudes relationnelles et posture que la puéricultrice peut mettre en place avec l'enfant seul : l'empathie et la juste distance. Puis nous aborderons dans un second temps leur lien avec les émotions.

3.3.1 L'empathie

Tout d'abord, l'empathie est l'attitude au cœur de toute relation de soin. Ce terme introduit par un psychologue américain nommé Carl ROGERS, a depuis été repris par de nombreux auteurs. Selon Claudine CARILLO, l'empathie est une « *notion complexe désignant le mécanisme psychologique par lequel une personne peut comprendre les sentiments et les émotions d'autrui, sans les ressentir elle-même* »²⁰. L'attitude empathique consiste alors à voir la situation avec les yeux de l'autre « comme si » nous pouvions percevoir ce qu'il vit, ce qu'il ressent, ce qu'il est, mais sans jamais être à sa place. Dans nos situations, une compréhension empathique permet alors aux puéricultrices de percevoir ce que

²⁰ CARILLO Claudine. *Etre un soignant heureux : fluidifier les relations et apprivoiser les émotions*, 2^{ème} édition. Elsevier Masson. Issy-Les-Moulineaux. 2015. Page 32.

les enfants sont en train de vivre, c'est à dire la séparation ou le manque de leurs parents dans ce contexte souvent nouveau qu'est l'hospitalisation.

Plus largement, l'empathie induit alors de partager le vécu émotionnel d'autrui, en acceptant que cela entraîne des émotions et une modification de soi-même. C'est à ce titre que nous identifions l'importance de la facette émotionnelle de l'empathie et nous pouvons alors la définir comme critère majeur de ce concept.

Cependant, il peut y subsister un obstacle, notamment le peur pour les soignants d'être submerger et « *de se laisser envahir par les émotions, de ne plus maîtriser suffisamment la distance protectrice* »²¹ et ainsi mettre à mal leur posture professionnelle.

3.3.2 La juste distance

La « juste » ou « bonne » distance, est un concept non mesurable, non quantifiable c'est pour cela qu'il est difficile d'en donner une définition précise. Les professionnels de santé évoquent souvent la "bonne" distance professionnelle comme un idéal qu'ils visent à atteindre et à garder, bien qu'en réalité cela s'avère plus complexe.

Selon le Larousse, la distance signifie « *un écart, une différence entre deux choses, deux personnes, leurs statuts, leurs qualités* »²². Cette définition renvoie directement à celle de « juste distance » expliqué par Pascal PRAYEZ qui est « *une qualité de présence favorisant la rencontre et le contact sans débordement de la part du professionnel, qui n'oublie pas la différence des places et le cadre de la rencontre* »²³. Ces deux définitions rappellent la différence de statut entre le soignant et le patient. Quant à la seconde elle met davantage en lumière l'importance des qualités relationnelles dont dispose le professionnel afin de créer un lien avec la personne soignée.

Nous pouvons compléter ces définitions avec celle de Laurent MORASZ, psychiatre. Selon lui « *« la bonne » distance n'est pas une distance fixe à trouver, mais un objectif « théorique » à avoir en tête, pour nous rapprocher du patient quand nos « réactions » humaines tendent à nous en éloigner, et à nous en distancier quand ces mêmes « réactions » nous en rapprochent trop au risque de la confusion* »²⁴. Ici, naît l'idée de la juste distance comme quelque chose de symbolique. C'est une position à adopter pour éviter deux extrêmes

²¹ LECOMTE J. Empathie et ses effets. *Savoir et soins infirmiers*. 2011. Page 4.

²² Dictionnaire Larousse. consulté le 29.05.2018. Disponible sur :

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

²³ PRAYEZ Pascal. Julie ou l'aventure de la juste distance, une soignante en formation. France : Lamarre, 2005. p.220

²⁴ MORASZ, Laurent ; PERRIN-NIQUET, Annick. Et al. L'infirmier(e) en psychiatrie, les grands principes du soin en psychiatrie. 2ème édition. France : Elsevier Masson. 2012. p.187

qui sont : soit l'indifférence et la froideur, ou à l'opposé une relation amicale et sympathisante. Il nous semble important de veiller à cet équilibre afin de ne pas déshumaniser le soin, ni d'engager sa vie personnelle dans sa relation au patient.

Parallèlement, il est important de souligner la notion de « singularité » qu'implique celle de la juste distance. Les deux personnes en relation sont avant tout des humains, influencés par leurs propres représentations, leurs caractères et leurs expériences personnelles. Par exemple, nous pouvons nous questionner si le fait d'être mère peut susciter chez la professionnelle davantage d'affect au regard de la situation de l'enfant. De même, si l'enfant est en demande régulière de gestes affectueux, nous pouvons supposer que la relation entre la puéricultrice et l'enfant sera différente des autres patients n'en manifestant pas cette demande.

De part ce dernier exemple, nous pouvons affirmer que dans le contexte qu'est le soin à l'enfant, la nature de nos actes induisent une grande proximité physique mais également psychique relevant de la sphère intime. Face à une telle intimité, l'implication personnelle de deux individus dans la relation est inévitable. Selon Pascal PRAYEZ « aucune interaction ne peut être établi en relation d'aide, sans une implication de chaque acteur »²⁵. En effet, le maintien d'une juste distance dépourvu de toute implication personnelle ne permet pas une relation véritable et authentique. Nous pensons donc que toute relation « juste » avec l'enfant, induit inévitablement une implication émotionnelle entre ce dernier et la puéricultrice.

Ainsi, une attitude empathique et une posture de juste distance permettrait à la puéricultrice d'adapter sa manière d'être et sa prise en soin de l'enfant, en lien avec son propre ressenti émotionnel et celui de ce dernier.

3.3.3 Les émotions

3.3.3.1 Définition

Le mot « émotion » tient sa racine du latin « *esmuvoir* » qui signifie « *mettre en mouvement* »²⁶. Les ressentis exprimés par des émotions permettent donc à la personne de se mettre en mouvement. Cette définition très générale peut être complétée par celle de P.CLAUDRON et M.WEBER qui est un « *état de conscience complexe, généralement brusque et momentané, accompagné de signes physiologiques* »²⁷. Les sensations qui s'en dégagent peuvent être alors ressenties de manière agréable ou désagréable par l'individu. Cela

²⁵ PRAYEZ Pascal. Distance professionnelle et qualité du soin. 2ème édition. Editions Lamarre. Paris. 2009. p9

²⁶ Centre National de Ressources textuelles et lexicales. Consulté le 20/06/2018. Disponible sur : <http://www.cnrtl.fr/etymologie/%C3%A9motion>

²⁷ Philippe, WEBER Margot. « L'émotion. Contribution à l'étude psychodynamique du développement de la pensée de l'enfant sans langage en interaction ». *Devenir 2009/1 (Vol. 21)*. p. 61-99

est en lien avec ses propres représentations et expériences, qui permettent d'établir un caractère subjectif et singulier aux émotions.

Dans le domaine infirmier, la place accordée aux émotions est partagée. D'un côté, de par les représentations et l'histoire du métier, Catherine MERCADIER remarque que de nombreux professionnels de santé pensent que « *les soignants se doivent de maîtriser leurs affects* »²⁸. Nous pouvons alors imaginer qu'une telle représentation de la place des émotions dans les soins conduit progressivement à la déshumanisation de la relation soignant-soigné. Cette distance excessive nous amène donc plus largement à nous questionner sur le sens que nous pouvons donner à la profession.

Toutefois, ces idées tendent grandement à évoluer, les émotions des soignants seraient alors davantage considérées comme étant « *une composante naturelle et inséparable de l'activité soignante* »²⁹. Si bien qu'il semble indispensable de reconnaître la dimension affective des soins et de la désigner comme un des éléments majeur dans la relation soignant-soigné, en laissant place aux émotions ressenties par les professionnels. Cependant, le risque est alors pour ce dernier de se sentir submergé, démuné et de ne pas parvenir à gérer ses émotions.

3.3.3.2 Gestion des émotions

Tout d'abord, Claudine CARILLO affirme « *pour ne être submerger par ses émotions il est important de les ressentir et apprendre à identifier les causes d'apparition, ainsi que toutes les manifestations qu'elles entraînent sur notre psychique ou notre physique* »³⁰. Ce que met en avant cet auteur est l'idée que la gestion des émotions passe en premier lieu par une bonne connaissance de soi-même. Par exemple, lors d'une situation comme celle de la prise en soin de l'enfant seul faisant émerger de fortes émotions, il aurait été alors nécessaire pour les professionnelles d'arriver à identifier leurs ressentis. Cela leur auraient permis de pouvoir verbaliser leurs difficultés et d'anticiper leurs réactions lors de situations similaires. Tout cela renvoie donc à l'idée que la gestion des émotions est propre à chaque professionnel et à chaque contexte de soin.

²⁸ MERCADIER Catherine. Le travail émotionnel des soignants à l'hôpital. Edition Seli Arslan. Paris. 2008. p192

²⁹ CURCHOD Claude. Relations soignants-soigné, prévenir et dépasser les conflits. Elsevier Masson. Paris. 2009. Page 28.

³⁰ CARILLO Claudine. *Etre un soignant heureux : fluidifier les relations et apprivoiser les émotions*, 2ème édition. Elsevier Masson. Issy-Les-Moulineaux. 2015. 193 pages.

Ensuite, nous avons pu voir précédemment que la puéricultrice collabore avec différents acteurs, l'ensemble formant une équipe soignante. Selon Roger MUCCHIELLI³¹ ayant étudié le travail en équipe, celle-ci peut être une ressource dans la régulation et la gestion des émotions pour les professionnels qui la composent. En effet, exerçant tous au sein du même service ils sont plus susceptibles de comprendre la situation et les ressentis qui en découlent. Comme dans nos situations d'appel, les puéricultrices échangeaient régulièrement sur leurs ressentis concernant la prise en soin de l'enfant seul, entre collègues, avec des auxiliaires ou des intervenants plus ponctuels. En effet, tous étant impliqués à différents niveaux dans la prise en soin, cela leur permet d'avoir une vision globale de la situation et de prendre du recul. De plus, grâce au travail en équipe il est plus facile de passer le relais lorsqu'une situation semble compliquée à gérer pour la professionnelle.

En conclusion, la posture de la puéricultrice est à adopter en fonction de chaque situation avec bienveillance et dans le respect de l'enfant. Les émotions qui se dégagent de la relation entre la professionnelle et l'enfant doivent être identifiées, afin de pouvoir les réguler. Cela passe alors par une bonne connaissance de soi. De même, les bénéfices qu'apporte le travail en équipe interviendraient dans la gestion des émotions de la soignante.

3.4 Problématique et hypothèses

Le fruit de nos recherches présentées dans le cadre de référence nous a permis d'aboutir à la problématique de recherche suivante :

Comment est facilitée la gestion des émotions de la puéricultrice dans sa relation à l'enfant, dans un contexte d'absence parentale ?

Chez certaines puéricultrices, en fonction du contexte leurs émotions interfèrent dans leur relation avec l'enfant. Cela peut être cas lors de la prise en soin d'un enfant en l'absence de ses parents.

C'est dans ce contexte que nous pouvons établir deux hypothèses de réponses suivantes :

³¹ MUCCHIELLI.Roger.. Le travail en équipe. Clés pour une meilleure efficacité collective. Paris: Ed ESF, 2007.

- *La juste distance relationnelle facilite la gestion des émotions de la puéricultrice dans sa relation avec l'enfant.*

Nous avons pu voir que la juste distance relationnelle est un idéal chez de nombreux professionnels de santé, dont les puéricultrices. Cette posture soignante impose un cadre et permet un équilibre dans la relation soignant-soigné.

- *La gestion des émotions de la puéricultrice dans sa relation à l'enfant est facilitée par le travail en équipe.*

Lors de certaines prises en charge vécues difficilement par les soignants, l'équipe peut-être perçue comme un soutien qui permet de désamorcer des situations, grâce à l'entraide des différents professionnels. Cela nous amène donc à supposer que le travail en équipe et l'équipe elle-même, peuvent-être des ressources dans la gestion des émotions de la puéricultrice.

4. LE CADRE EMPIRIQUE

Après avoir défini les éléments de contexte et les concepts nécessaires à l'analyse de nos situations d'appels, nous abordons maintenant le cadre empirique. La recherche empirique permet de recueillir des informations et des données en lien avec l'expérience professionnelle. Ainsi, cette partie de recherche « scientifique » va nous permettre de confronter notre cadre de référence basé sur des informations théoriques, en le comparant aux pratiques professionnelles des puéricultrices en activité. Pour ce faire, nous présenterons dans un premier temps l'outil d'enquête, que nous utiliserons auprès de la population interrogée dans différents services de soin. Puis nous analyserons le contenu des entretiens menés, en le mettant en parallèle du le cadre de référence. A terme, nous pourrions affirmer ou infirmer nos hypothèses de recherche et ainsi faire évoluer notre posture professionnelle.

4.1 L'enquête

4.1.1 Méthodologie de l'enquête

4.1.1.1 Choix de l'outil

Face aux propositions qui nous ont été données lors de notre formation sur le choix des méthodes d'enquête, nous avons fait le choix d'utiliser des entretiens semi directifs individuels. Grâce à cette méthode, nous pourrions orienter les propos des sujets interrogés sur différents thèmes préalablement définis dans un guide d'entretien. Ce guide nous permettra également de recentrer les personnes sur les questions posées. De plus, nous pourrions reformuler nos interrogations grâce à des relances, afin d'éclaircir certaines notions que nous avons pu aborder dans notre cadre de référence.

Cet outil nous semble indispensable puisqu'il va nous permettre de restituer les ressentis exprimés librement et de manière authentique par les professionnelles interrogées et ce, autour de notre sujet. Tout cela nous amène à penser qu'il est préférable de privilégier la qualité des informations recueillies, plutôt que le nombre de personnes interrogées.

Ces différents échanges avec les professionnels de terrain nous apporteront alors de nouvelles connaissances sur notre thème de recherche.

4.1.1.2 Choix de la population et du lieu

Nous avons réalisées nos entretiens auprès de quatre puéricultrices, interrogées en milieu hospitalier dans différents services pédiatriques. Ce choix nous permet d'avoir une vision objective de la relation entre la puéricultrice et l'enfant, de manière générale.

Nous avons alors mené des entretiens auprès :

- D'une puéricultrice exerçant dans un service de néonatalogie. Cela nous permet de faire un lien avec l'une de nos situations d'appels. Le service accueillant des nouveau-nés, nous souhaitons en partie apprécier si la relation avec des nourrissons est différente de celle avec des enfants plus grands.
- D'une puéricultrice exerçant en service d'hématologie oncologie pédiatrique. Cela nous permet également mettre en lien ses réponses avec l'une de nos situations d'appels. Les enfants accueillis en hématologie-oncologie pédiatrique sont des patients chroniques, et par conséquent les hospitalisations sont longues. Nous recherchons à évaluer si la durée des hospitalisations influe dans la relation de juste distance et sur l'absence des parents.
- D'une puéricultrice exerçant dans le pool de pédiatrie qui est amenée à travailler dans les différents services mère-enfant. La diversité des services rencontrés par la professionnelle lui permet de s'appuyer sur de multiples situations d'enfants d'âges variés.
- D'une puéricultrices exerçant dans un service de pédiatrie générale. Nous cherchons à savoir si la diversité des situations rencontrées et la courte durée des hospitalisations a un impact sur la relation qu'entretiennent les puéricultrices avec les enfants.

4.1.2 Présentation du guide d'entretien

4.1.2.1 Construction du guide d'entretien

En amont de la construction du guide, nous avons identifié plusieurs thèmes que nous souhaitons aborder pendant nos entretiens avec les puéricultrices. Ces thèmes sont :

- La prise en soin de l'enfant seul et ses spécificités,
- La gestion des émotions soignantes,
- La juste distance relationnelle.

Dans la réalisation du guide, nous avons trouvé pertinent de placer une introduction qui permet de nous présenter et de situer le contexte de cet entretien. Elle reprend également le thème général abordé, ainsi que les modalités liées à l'anonymat et à la durée de l'entretien.

Ensuite, nous avons construit le guide de sorte que les questions soient de plus en plus précises. Nous avons fait le choix de questions ouvertes afin de ne pas orienter le discours du soignant. C'est pourquoi nous avons commencé par une question générale, permettant à la puéricultrice de se présenter, ainsi que d'aborder son parcours professionnel.

Les questions suivantes ont évoqué chacun, de manière progressive, les différents thèmes identifiés au préalable.

4.1.2.2 Guide d'entretien

Le guide d'entretien présenté ci-dessous comporte huit questions, dont un objectif précis découle de chacune d'elles.

Question 1 :

Quel est votre parcours professionnel ? Depuis combien de temps exercez-vous dans ce service ? Quel âge avez-vous ? Avez-vous des enfants ?

L'objectif de cette première question est d'identifier le « profil » socioprofessionnel de la puéricultrice interrogée. Cela nous permet d'apprécier son parcours et ses expériences professionnelles auprès d'enfants. Mais également de connaître son âge et le nombre d'enfants afin de rechercher si ces éléments ont une influence dans la posture de la professionnelle.

Question 2 :

Vous arrive-t-il de prendre en charge des enfants en l'absence des parents ? Si oui, quelles circonstances amènent l'enfant à être hospitalisé seul ?

Cette seconde question permet d'aborder le sujet et de repérer si la prise en charge d'enfants seuls est une situation présente dans le service de la puéricultrice interrogée. Elle permet également de repérer les différentes circonstances amenant l'enfant à être hospitalisé sans ses parents.

Question 3 :

Selon vous, quelles différences pouvez-vous observer entre la prise en soin des enfants hospitalisés seuls et celle des enfants accompagnés de leur famille ?

L'objectif de cette troisième question est de mettre en évidence les similitudes ou les différences de prise en soin d'enfants accompagnés de leurs parents et d'enfants hospitalisés seuls.

Question 4 :

Quel est votre ressenti lorsque vous prenez en charge un enfant hospitalisé en l'absence de ses parents ?

Cette question nous d'éclairer la prise de conscience par la puéricultrice des différentes émotions qu'elle peut ressentir dans la prise en soins d'enfants hospitalisés dans ce contexte. Ainsi, nous pouvons observer si cette dernière est capable de les identifier et de les nommer.

Question 5 :

Pensez-vous que vos émotions influent dans votre relation avec l'enfant ? Si oui, comment ?

Dans un premier temps l'objectif ici est d'évaluer si les émotions ressenties par la soignante interviennent dans la relation avec l'enfant soigné.

Puis dans un second temps, nous pouvons identifier les conséquences et les répercussions des émotions de la puéricultrice dans sa prise en soin de l'enfant.

Question 6 :

Quelles ressources utilisez-vous dans la gestion de vos émotions ?

Cette question nous permet d'identifier les ressources de la puéricultrice misent en œuvre dans la gestion de ses émotions. Nous cherchons à observer si la notion d'équipe est abordée de manière spontanée par cette dernière.

Question 7 :

Selon vous, qu'est-ce que la « juste distance relationnelle » ?

La « juste distance relationnelle » vous a-t-elle déjà posé question dans certaines situations avec les enfants ?

L'objectif principal est d'identifier la définition de la juste distance relationnelle propre à chaque puéricultrice. Le second objectif est de repérer les situations où la juste distance relationnelle a pu être une problématique pour les puéricultrices.

Question 8 :

Avez-vous d'autres éléments à apporter cet entretien ?

Cette dernière question permet à la puéricultrice d'éclaircir des éléments ou de s'exprimer sur des sujets non abordés durant l'entretien. Elle permet également de conclure l'entretien.

4.1.3 Réalisation et déroulement de l'enquête

Après avoir réalisé notre guide d'entretien, nous avons testé nos questions en évaluant leur compréhension et la qualité des informations recueillies. Pour ce faire, nous avons interrogé une collègue de notre promotion ayant déjà été confrontée à une situation similaire. A la suite de ce test, nous avons remodelé et modifié certaines questions afin de les rendre plus précises et plus claires pour les professionnelles interrogées.

Ensuite, nous avons fait plusieurs demandes afin de rencontrer des professionnels de terrain dans différents centres hospitaliers et divers services de soin. Nous avons rapidement obtenus des réponses favorables après avoir contacté les cadres des services par téléphone ou par mail. Lors de ces démarches, nous avons précisé la nature de notre intervention et le thème général que nous souhaitons aborder avec les puéricultrices.

La réalisation des entretiens s'est déroulée pendant la période estivale. Pour des questions d'organisation nous n'avons pas pu réaliser nos entretiens en binôme. C'est donc de manière séparée que nous avons fait le choix de rencontrer chaque puéricultrice.

Lors de nos entretiens, pour que les échanges soient réalisés dans des conditions optimales, ces derniers se sont déroulés dans les salles de pauses, lieu associé à la détente et à la convivialité. Avant d'interviewer chaque puéricultrice, nous leur avons expliqué que succinctement le thème de notre travail de recherche afin de ne pas influencer leurs réponses. Nous leur avons également précisé la durée de l'entretien, la garantie du respect de l'anonymat et demandé leur accord pour enregistrer les réponses apportées afin de faciliter la retranscription. Pour chaque professionnelle, nous avons suivi les questions une à une de notre guide et rebondi par des questions de relance lorsque cela nous semblait nécessaire. Ainsi, nous avons pu éclairer certaines réponses parfois trop évasives.

4.1.4 Difficultés et limites de l'enquête

Premièrement, comme l'ayant dit précédemment nous avons fait le choix de réaliser nos entretiens de manière individuelle. Cela peut s'avérer être une difficulté quant au choix des relances et des rebonds sur certaines questions. Au vu des réponses obtenues, certains points ont plus ou moins été approfondis en fonction de la personne qui questionnait et de la soignante interrogée.

Deuxièmement, après avoir comparé nos entretiens il s'est avéré que la question sept de notre guide, parlant de la définition de juste distance a suscité chez les puéricultrices des hésitations et des difficultés pour y répondre. Cela peut-être dû à la tournure de la question ou au terme de « *juste distance relationnelle* » qui peut apparaître comme quelque chose de plus « *théorique* » aux yeux des professionnelles de terrain. Cependant cette notion semble avoir été abordée de manière implicite dans d'autres questions.

De plus, nous avons pu rencontrer des difficultés quant au cadre et à l'environnement dans lesquels se sont déroulés nos l'entretien. En effet, le bruit, les appels téléphoniques, les collègues passant dans les couloirs ont parfois déstabilisé ou écourté l'entretien que nous étions en train de mener. Cela a pu se répercuter sur la quantité et la qualité des réponses apportées par les professionnelles. Si nous devons refaire ces entretiens, nous souhaiterions préciser aux soignantes, l'importance d'être dans un lieu calme et propice à l'échange. Bien que ces dernières aient fait en sorte d'être dans un endroit favorable à la discussion et de prendre le temps de nous répondre de manière authentique.

Pour finir, nous avons interrogé seulement quatre professionnelles, dans des services différents. Leur nombre est donc peu représentatif d'un large panel de puéricultrices pouvant rencontrer ce type de situations dans leur exercice.

C'est pour toutes ces raisons que l'analyse que nous allons réaliser sera la plus objective possible.

4.1.5 Choix de la méthode d'analyse

Suite aux entretiens menés auprès des puéricultrices en exercice nous avons procédé à l'analyse des informations recueillies. L'analyse consiste à « *rechercher les informations qui s'y trouvent, dégager le sens ou les sens de ce qui est présenté, formuler et classer tout ce qui contient ce document* »³².

³² MUCCHIELLI Roger. *L'analyse de contenu*. ESF. Issy-Les-Moulineaux. 2006. Page 24.

Pour ce faire, dans un premier temps, nous avons effectué une retranscription intégrale des nos quatre entretiens. Cette étape permet au chercheur « *une immersion totale dans les données* »³³. Puis, nous nous sommes concertées pour trouver ensemble le mode d'analyse qui correspondait le mieux à notre méthode de travail.

C'est alors que nous avons entrepris une lecture dite « flottante ». Selon Laurence BARDIN cela consiste à « *se mettre en contact avec les documents de l'analyse, à faire connaissance en laissant venir à soi des impressions, des orientations* »³⁴. Ces multiples lectures minutieuses ont conduit à l'apparition d'ensembles d'idées ayant la même orientation que nous avons codée avec différentes couleurs. Chaque couleur correspondait alors à des mots ou des phrases ayant la même unité de sens. Notre démarche était ici de classer, d'ordonner et de résumer les données pour ensuite passer à leur analyse.

L'identification de ces ensembles d'idées nous a conduit à l'élaboration de thèmes et de sous thèmes. Un thème est « *une entité significative qui se manifeste de façon récurrente au cours de l'analyse des données qualitatives* »³⁵. Nos thèmes et nos sous thèmes regroupent, des segments de phrases, des anecdotes, des exemples appartenant au même champ sémantique. Nous les avons ensuite classés dans des tableaux permettant de noter leur fréquence d'apparition et leur récurrence.

C'est alors que nous avons pu expliciter les données recueillies et interpréter celles-ci. Nous avons mis en lien les idées abordées par les puéricultrices avec certains éléments du cadre de référence. Quant aux nouveaux thèmes, nous avons réalisé des recherches nous permettant de les éclairer.

4.2 Analyse de contenu

En amont de l'analyse nous allons à l'aide d'un tableau, dresser le profil socioprofessionnel des soignantes interrogées. Plus tard nous mettrons en lien ces données avec les différents thèmes que nous allons exploiter.

Notre analyse est axée sur quatre grands thèmes que nous avons définis. Le premier reprend les situations rencontrées par les professionnelles dans leur service, amenant l'enfant à être hospitalisé seul. En lien, nous étudierons leur ressenti ambivalent face à l'absence des

³³ FORTIN Marie-Fabienne, GAGNON Johanne. *Fondements et étapes du processus de recherche*. Chenelière Education. Montréal. 2016, p363

³⁴ BARDIN Laurence. *L'analyse de contenu*. Presses universitaires de France. Paris. 2011. Page 126

³⁵ FORTIN Marie-Fabienne, GAGNON Johanne. *Fondements et étapes du processus de recherche*. Chenelière Education. Montréal. 2016, p363

parents. En second, nous verrons l'influence des différentes émotions des puéricultrices dans la prise en soin des enfants dans ce contexte. C'est alors que nous pourrons aborder les ressources utilisées dans la gestion de leurs émotions. Troisièmement, nous analyserons la spécificité qu'est la prise en soin de l'enfant seul au travers de ses différents besoins. Enfin, nous finirons par l'étude de la posture professionnelle de la puéricultrice auprès de cet enfant.

4.2.2 Présentation des professionnelles interrogées

Dans un premier temps, nous avons fait le choix d'analyser la première question séparément car il s'agit d'une question introductive s'intéressant aux caractéristiques des personnes interrogées. Il nous semble essentiel de connaître leur profil socioprofessionnel afin de savoir si cela peut voir un impact dans la prise en soin des enfants seuls.

		PDE 1	PDE 2	PDE 3	PDE 4
Caractéristiques professionnelles	Service	Réanimation néonatale	Hématologie - oncologie pédiatrique	Pool pédiatrie	Pédiatrie générale
	Année d'obtention du diplôme d'Etat de puéricultrice	1986 (32 ans)	2017 (1 an)	2014 (4 ans)	2002 (16 ans)
	Nombre d'années d'expérience dans le service	26 ans	3 ans	5 ans	16 ans
Caractéristiques personnelles	Sexe	Féminin	Féminin	Féminin	Féminin
	Age	58 ans	27 ans	26 ans	40 ans
	Nombre d'enfants	2	0	1	2

Titre : Tableau présentant le profil socioprofessionnel des puéricultrices interrogées

D'une part, nous allons nous intéresser au profil personnel des soignantes interrogées. Nous pouvons observer une caractéristique commune à l'ensemble de ces professionnels : ce sont toutes des femmes. Nous tenons à préciser que dans la mesure où nous n'avons pas mené d'entretien auprès de professionnels de sexe masculin, nous ne pouvons pas comparer les réponses apportées entre les deux genres.

De plus, si on s'intéresse à l'âge des puéricultrices on constate que ces dernières sont âgées de trente-huit ans en moyenne. Tandis que la PDE 2 et la PDE 3 ont une vingtaine d'années, la PDE 1 et la PDE 4 sont âgées de plus de quarante ans. On peut également observer que sur les quatre puéricultrices interviewées, seule la PDE 2 n'a pas d'enfants. Nous pensons que l'âge mais aussi le nombre d'enfant d'une professionnelle peut être un facteur déterminant dans sa relation auprès des enfants seuls.

D'autre part, nous observons une grande diversité dans le parcours professionnel et l'expérience de chaque puéricultrice. Nous pouvons constater qu'elles sont diplômées depuis treize ans en moyenne et qu'elles exercent dans leur service actuel depuis plus de douze ans. Cependant, on peut nuancer cette observation car deux d'entre elles, la PDE 2 et la PDE 3, sont diplômées depuis moins de cinq ans. De plus, ces dernières exercent en moyenne depuis trois ans et demi dans leur service actuel. Contrairement à la PDE 1 diplômée depuis trente-deux ans et la PDE 4 depuis seize ans, celles-ci ont alors davantage d'expérience dans leur service actuel.

Ainsi, cette description socioprofessionnelle nous semble importante puisqu'elle nous permettra par la suite de mettre en lien certains éléments avec les réponses apportées par les soignantes.

4.2.3 Circonstances amenant l'enfant à être hospitalisé seul

Lors de nos entretiens les professionnelles ont abordé les nombreuses circonstances amenant l'enfant à vivre l'hospitalisation seul, c'est pourquoi nous les présenterons en premier lieu. Puis nous nous intéresserons dans un second temps au ressenti des puéricultrices face à l'absence parentale.

Notre analyse révèle que toutes les puéricultrices interrogées participent à la prise en soin d'enfants dans ce contexte. Cependant, en fonction de leur lieu d'exercice, c'est une situation qui apparaît plus ou moins fréquente. Par exemple, la PDE 1 exerçant en réanimation néonatale nous a répondu que la situation se présente « *souvent !* » contrairement à la PDE 4 titulaire en pédiatrie générale qui a rétorqué « *pas souvent, mais ça arrive* ». Selon nous, cette différence peut s'expliquer par les pathologies rencontrées dans le service et la durée d'hospitalisation qui s'ensuit. De manière générale, en réanimation néonatale les hospitalisations durent plusieurs semaines du fait de la prématurité des nouveau-nés. A l'inverse, en pédiatrie les enfants sont pris en charge pour des pathologies moins sévères qui nécessitent habituellement une surveillance et des soins sur une courte période. Ainsi, selon

certaines réponses, il nous semble plus facile pour les parents d'être disponibles auprès de leur enfant lorsque l'hospitalisation est brève.

Nous avons alors regroupés les circonstances amenant l'enfant à être hospitalisé seul en deux thèmes principaux, présentés dans le tableau ci-dessous.

Circonstances amenant l'enfant à être hospitalisé seul	PDE 1	PDE 2	PDE 3	PDE 4
Liées aux parents	4	6	1	3
Liées à l'hôpital	2	0	3	0

Titre : Tableau fréquentiel montrant les circonstances amenant l'enfant à être hospitalisé seul

4.2.3.1 Les circonstances liées aux parents

Tout d'abord, chaque puéricultrice interrogée a abordé les circonstances liées aux parents. Toutes ont insisté sur la difficulté pour les parents à rester auprès de leur enfant lorsque ce dernier fait partie d'une fratrie. La PDE 1, explique notamment « *qu'il y a des grandes familles avec des frères et sœurs et les parents doivent s'en occuper. Ce n'est pas facile de gérer la fratrie* ». Les trois autres puéricultrices évoquent également la notion de familles nombreuses. En effet, il semblerait que lorsqu'un enfant est hospitalisé, les parents doivent gérer en parallèle la vie quotidienne de l'ensemble du foyer. Il peut alors s'avérer compliqué pour ces derniers de devoir conjuguer les deux. D'ailleurs, la PDE 2 ajoute que généralement les familles concernées « *n'ont pas d'aidant* ». Cette soignante désigne comme aidant toute personne susceptible de relayer la famille que ce soit auprès de l'enfant hospitalisé ou au domicile afin de gérer le quotidien. De manière générale, ce sont des membres de la famille ou des amis proches. Nos expériences professionnelles respectives nous amènent à constater que les personnes ne bénéficiant pas d'aidant sont habituellement des familles isolées.

Par la suite, selon deux puéricultrices le travail peut apparaître comme une barrière pour les parents. Cela peut les empêcher d'être présent au cours de l'hospitalisation de l'enfant. La PDE 2 explique « *c'est un peu compliqué d'avoir des arrêts de travail* ». En France, selon le code du travail un salarié peut bénéficier d'un « *congé enfant malade, non rémunéré de trois jours par an et de cinq jours par an si l'enfant concerné à moins d'un an ou s'il assume la*

charge d'au moins trois enfants de moins de seize ans »³⁶. La lecture de cette loi met alors en évidence plusieurs éléments. Premièrement, le nombre de jours de congés disponibles pour les parents nous semble relativement faible. En effet, nous pouvons imaginer que pour certains parents il devient compliqué d'être présent auprès de leur enfant au-delà de trois ou cinq jours. Deuxièmement, d'un point de vue financier nous pouvons imaginer qu'en fonction du contexte économique du foyer, il est délicat pour les parents de ne pas pouvoir bénéficier d'un salaire pendant cette période. De plus, pour la PDE 1 exerçant en néonatalogie il semble être difficile pour le père d'être présent auprès de son enfant « *car il a repris le travail* ». En effet, le code du travail stipule que dans le cadre d'un premier enfant, le père a droit à un congé de naissance de trois jours ainsi qu'un congé de paternité de onze jours³⁷. D'après nos expériences de stage, les séjours en réanimation néonatalogie se prolongent plusieurs semaines. Au vu du nombre de jours de congés attribués au père après la naissance de son enfant, il nous paraît compliqué dans un tel contexte d'être présent de façon constante durant la totalité de l'hospitalisation.

Ensuite, la PDE 1 met en avant la distance entre le lieu d'habitation de la famille et le centre hospitalier comme un obstacle à la présence des parents, car « *souvent les parents habitent loin donc c'est compliqué pour eux* ». Elle ajoute également, en lien avec cette notion que certains parents n'ont pas le permis, il peut donc devenir compliqué pour eux de se rendre au chevet de leur enfant.

D'autre part, la PDE 2 travaillant en hématologie imagine l'idée pour les parents de « *se protéger* » quand ces derniers ne souhaitent pas avoir d'informations concernant l'état de santé de leur enfant ou de participer aux soins. Elle cite « *il y a des personnes, moins on leur dit de choses, mieux c'est* ». Comme nous avons pu le souligner dans le cadre de référence, le milieu hospitalier peut-être source d'appréhension et d'anxiété vécu avec difficulté pour certaines familles. De plus, lorsque le diagnostic pour l'enfant est de mauvais pronostic, elle parle alors de « *deuil anticipé* ». Selon Marie-Frédérique BACQUE le deuil anticipé « *se caractérise par l'apparition de toutes les manifestations résultant d'un travail de deuil, mais avant même la perte réelle (...) il apparait le plus fréquemment lorsqu'on perçoit brutalement*

³⁶ France. MINISTERE DU TRAVAIL. Publié le 22.04.2010. Consulté le 07.10.2018. Disponible sur : <https://travail-emploi.gouv.fr/droit-du-travail/les-absences-pour-maladie-et-conges-pour-evenements-familiaux/article/les-conges-et-absences-pour-enfant-malade>

³⁷ France. MINISTERE DU TRAVAIL. Article L1225-35, modifié par la loi n°2012-1404 du 17 décembre 2012 relative au congé de paternité et d'accueil de l'enfant. Consulté le 07.10.2018. Disponible sur : <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F3156>

qu'un proche est en danger de mort, ce qui provoque un désinvestissement total »³⁸. Nous mesurons alors une répercussion majeure que peut provoquer ce processus psychique : un détachement progressif des parents conduisant peu à peu à leur absence pendant l'hospitalisation de leur enfant.

Par ailleurs, « *les décisions de justice* » apparaissent pour la PDE 4 comme un autre élément justifiant de l'absence des parents car il peut y avoir « *une ordonnance de placement provisoire avec interdiction de visite des parents* ». Dans certains contextes spécifiques, « *si le milieu familial n'est pas en mesure de garantir la santé, la moralité et les conditions d'éducatives de l'enfant* »³⁹, le juge peut prononcer en urgence une mesure de protection provisoire. L'enfant peut alors être placé dans une structure capable d'assurer son accueil, notamment dans un centre hospitalier. Dans certains cas, la visite des parents est alors suspendue.

Pour conclure, les différentes circonstances liées aux parents évoquées par les puéricultrices ne sont pas exhaustives comme ont pu le souligner la PDE 4 où « *les causes peuvent être variées* » et la PDE 2 pour qui « *il y a plein d'autres situations* ». Cette dernière nuance notamment l'absence des parents sur le long terme, du simple fait d'un besoin momentané « *d'aller prendre l'air ou prendre un café* ».

4.2.3.2 Les circonstances liées à l'hospitalisation

Il existe également d'autres circonstances amenant l'enfant à être hospitalisé seul, que nous avons liées à l'hospitalisation. Lors de nos échanges, deux des puéricultrices mettent en évidence que la spécificité des services tels que la réanimation ou la néonatalogie peut induire l'absence des parents. La PDE 1 travaillant en réanimation néonatale, explique ici « *nous sommes un grand réseau, on draine un large secteur* ». En effet, la particularité des pathologies se traduit par la présence de ces services seulement dans certains centres hospitaliers. Par exemple, la région Haut de France qui s'étend sur 31 813 km² a accueilli en deux mille seize, 72 674 naissances. Selon le site de la société française de néonatalogie, cette vaste région ne compte que sept maternités de niveau III comportant un service de réanimation néonatale⁴⁰. Nous pouvons imaginer que dans certaines situations, le domicile des

³⁸ BACQUE Marie-Frédérique. *Apprivoiser la mort*. Odile JACOB. Paris. 2002. Page 106.

³⁹ France. MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA SANTE. LOI n° 2016-297 du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfant. Journal officiel, n°0063 du 15 mars 2016. Consulté le 07.10.2018. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000032205234&categorieLien=id>

⁴⁰ Carte répertorient les maternités par niveaux en France. Site officiel de Périnatalité. 2015. Consulté le 06.10.2018. Disponible sur : https://www.perinat-france.org/carte?fbclid=IwAR11V6tv7j9O02gYG5hntX3aKBg-s8Fxl_JkmvVR9tyi1AF7kVW9RXLhp8

parents est éloigné du centre hospitalier, ce qui le rend moins accessible. Les visites et la gestion du quotidien peuvent alors devenir fastidieuses, comme nous avons pu l'aborder précédemment.

Par ailleurs, certains services semblent ne pas être adaptés à la présence des parents en continu, comme l'a cité la PDE 2 : « *matériellement ce n'est pas possible (...) les parents ne dorment pas sur place* ». Or, nous avons vu dans le cadre de référence que selon la Charte de l'Enfant hospitalisé, les services doivent être en mesure d'accueillir les parents « *auprès de lui [enfant] jour et nuit* » et « *offrir pour cela toutes les facilités matérielles* »⁴¹. Nous avons pu observer que plusieurs raisons pouvaient être avancées par les équipes afin de justifier ce manque. Par exemple, en réanimation néonatale, lorsque l'état de santé de l'enfant est instable les parents ont la possibilité d'être présents jour et nuit. Cependant, les chambres ne disposent pas de couchage. Nous avons également constaté que certains services de pédiatrie comptent encore de nombreuses chambres doubles. La disposition et la surface des chambres ne permettent pas toujours l'installation de lits d'appoints. Dans certains cas, cela peut justifier l'absence des parents.

De plus, ces deux professionnelles paraissent en accord sur le fait que certains soins ne peuvent pas être réalisés en la présence des parents. Par exemple, en hématologie pédiatrique lorsque les soins sont réalisés en stérile, les parents ne sont pas autorisés à rester auprès de leur enfant en raison des mesures d'hygiène. La PDE 1 complète, en disant qu'il existe « *des pathologies infectieuses où les enfants sont isolés* ». Dans ce cas, les visites sont limitées et les parents doivent respecter les mesures d'hygiène complémentaires (charlotte, sur-blouse, masque). Ces mesures peuvent alors majorer l'angoisse liée à l'hospitalisation généralement présente chez ces parents, rendant ainsi leur participation dans la prise en soin plus complexe.

Pour conclure, la PDE 3 aborde la notion de temporalité en déclarant qu'il y a « *beaucoup d'enfants qui sont souvent seuls (...) les hospitalisations durent longtemps* ». Nous supposons que l'éloignement géographique du lieu d'hospitalisation, les frais qu'impliquent les déplacements, la reprise du travail et la gestion du quotidien peuvent induire une difficulté pour les parents pour être présents régulièrement et sur le long terme. Cela renvoie donc à la majorité des circonstances amenant l'enfant à être hospitalisé seul qui ont été précédemment abordées par les puéricultrices.

⁴¹ DUPONT Marc, REY-SALMON Caroline. L'enfant et l'adolescent à l'hôpital. Presses de l'EHESP. Rennes. 2014. p.275

4.2.3.3 Les puéricultrices face aux circonstances d'absence parentale

Selon nous, dans une optique de prise en soin globale, le motif d'absence des parents semble important à connaître pour les professionnelles afin de pouvoir leur proposer de l'aide lorsque cela est possible. Cependant au vu des réponses apportées nous remarquons que la nécessité de connaître ces raisons renvoie à quelque chose de plus personnel pour les puéricultrices.

En lien avec les circonstances amenant l'enfant à être hospitalisé seul, lorsque nous questionnons les puéricultrices sur leur ressentis, la majorité exprime avoir « *« besoin d'entendre les raisons »* » comme le cite la PDE 3. Celle-ci ajoute « *souvent on a besoin de mettre une raison à leur absence, de la justifier même s'ils n'ont pas à se justifier* ». Les ressentis des puéricultrices nous paraissent ici délicats à exploiter. Il semble exister chez ces professionnelles une ambivalence entre l'approche humaniste reposant sur le non-jugement enseigné en soins infirmiers et la réalité de leur pratique professionnelle. Nous pouvons illustrer cette analyse par les propos de la PDE 2 qui dit « *on sait qu'il ne faut pas juger mais bon...on peut pas s'empêcher d'en parler entre collègues* ». Ces dernières ont bien conscience de cette ambigüité, cependant selon elles leur ressenti n'influe pas dans la prise en soin de l'enfant et dans leur relation avec les parents.

Plus largement, nous pouvons dire que les circonstances amenant les équipes à prendre en soin l'enfant en l'absence de sa famille peuvent induire des émotions chez les professionnelles. C'est pourquoi, nous verrons dans un second temps les différents ressentis et les émotions de la puéricultrice dans ce contexte particulier.

4.2.4 Les émotions

Il ressort de nos entretiens la place essentielle que prennent les émotions des puéricultrices dans le soin. En effet, la PDE 1 affirme « *on ne peut pas rester insensible dans certaines situations, on est humain* », ce que confirme la PDE 3 « *on n'est pas des machines* ». Le côté « humain » et « relationnel » des soins infirmiers fait partie des raisons principales du choix de la profession. Ces motivations sont toujours présentes même après plusieurs années d'exercice, ce qu'affirme la PDE 1 en déclarant « *sinon il y a longtemps que j'aurai arrêté de travailler* ». Nous remarquons alors que les puéricultrices sont conscientes que leur profession implique un don de soi dans la relation à l'autre, et admettent être touchées par certaines situations. En effet, la majorité des puéricultrices interrogées déclarent être plus touchées au cours de la prise en soin d'enfants seuls en comparaison de ceux

accompagnés de leurs parents. La PDE 4 en parle elle-même : « *les situations d'enfants seuls me touchent toutes et je pense que ça touche tout le monde, il n'y a personne qui dira le contraire* ». Contrairement à la PDE 1 qui reconnaît avoir « *le même ressenti que pour les autres enfants* », bien qu'elle admettra plus tard avoir une attitude différente dans ce contexte.

Quant à la question de l'influence des émotions dans les soins, la majorité des puéricultrices s'accorde à dire que leurs ressentis peuvent intervenir dans les soins qu'elles prodiguent à l'enfant. La PDE 3 déclare « *je pense que nos émotions, elles influent énormément* ». La PDE 4 complète « *que ce soit des émotions positives ou négatives, ça influe dans le soin je pense* ».

Après avoir pris conscience de l'importante influence des émotions dans la prise en soin, nous allons aborder dans un premier temps les différents ressentis des puéricultrices auprès de l'enfant seul. Dans un second temps, nous traiterons des différents outils développés par chaque professionnelle dans la gestion de leurs émotions.

4.2.4.1 Les différents ressentis

Les ressentis	PDE 1	PDE 2	PDE 3	PDE 4
L'incompréhension	0	2	3	1
Tristesse	0	0	0	6
Empathie	1	0	1	0

Titre : Tableau fréquentiel montrant les différents ressentis des puéricultrices dans la prise en soin de l'enfant seul.

Tout d'abord, on constate que la majorité des puéricultrices comme le nomme la PDE 2, exprime ressentir de « *l'incompréhension* » face à un enfant hospitalisé en l'absence de ses parents. Par exemple, la PDE 4 dit « *on ne comprend pas pourquoi ils font ça* ». Tout comme la PDE 3 qui déclare « *on cherche à savoir pourquoi les parents ne sont pas là* ». Selon le dictionnaire Larousse l'incompréhension est définie comme « *une incapacité à comprendre quelque chose, quelqu'un* »⁴². Nous identifions alors ici une certaine incapacité pour les puéricultrices à comprendre la raison de l'absence des parents, lorsque pour elles il semble exister des solutions pour se rendre auprès de leur enfant. Nous pouvons illustrer cette idée par les propos de la PDE 4 : « *je chercherai à trouver un tonton, une tata, des grands-parents*

⁴² Dictionnaire le Larousse. Consulté le 25.10.2018. Disponible sur : <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/incompr%C3%A9hension/42324>

qui puissent venir garder mon autre enfant, pour que je puisse me libérer et pouvoir venir. Après je sais que ce n'est pas possible pour certaines familles ». Cela renvoie aux ressentis des puéricultrices face aux circonstances d'absence parentale précédemment abordés.

Ensuite, seule la PDE 4 exprime un sentiment de tristesse, elle affirme « *ça me fait vraiment mal au cœur (...) je suis toujours plus émue et j'ai toujours du mal à l'accepter surtout en étant maman !* ». Nous pouvons nous questionner sur le lien que sous entend la puéricultrice entre le fait d'être mère et la fait d'avoir plus d'affect dans ces situations. Cependant les autres puéricultrices interrogées qui sont également mères n'ont pas abordé cette notion. Cette unique réponse, ne nous permet donc pas d'étendre ce lien à une généralité. En outre, la PDE 4 ajoute « *je me mets beaucoup plus à la place* », ce qu'exprime cette dernière renvoie selon nous au concept de compassion venant du latin et signifiant « *souffrir avec* »⁴³. Cela amène alors la puéricultrice à vivre les mêmes émotions que celles qu'elle imagine vécues par l'enfant et à y prendre part. Nous pensons que ces ressentis exprimés par cette professionnelle peuvent avoir un impact dans sa prise en soin et une influence sur sa posture auprès de l'enfant.

Enfin, deux des puéricultrices évoquent la notion d'empathie lorsque nous les questionnons sur leurs ressentis. La PDE 3 dit avoir « *un peu plus d'empathie* » avec les enfants accueillis dans ce contexte. En comparaison au cadre de référence dans lequel nous définissons l'empathie davantage comme une capacité ou une attitude, les puéricultrices interrogées semblent l'associer à une émotion. C'est pourquoi nous avons fait le choix de respecter leur point de vue et de traiter ce concept en tant que ressenti, bien que nous n'ayons pas davantage recherché la définition qu'elles peuvent en donner. Nous sommes donc limitées quant à l'analyse des propos de ces professionnelles.

Pour conclure, nous remarquons alors que les différents ressentis exprimés par les puéricultrices sont « *personnalité dépendante* », une même situation peut être vécue de manière différente chez chaque professionnelle, en fonction de ses expériences et de son histoire. La PDE 1 en a conscience, elle dit « *c'est mon ressenti personnel, peut être que pour d'autres cela est différent* ». De plus, la PDE 2 explique « *je sais que personnellement ce n'est pas de faire des câlins à un enfant qui va me faire sentir moins professionnelle ou plus malheureuse (...) il y en a d'autres qui vont te dire : moi j'ai besoin de me protéger parce que*

⁴³ Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales. Consulté le 10.10.2018. Disponible sur : <http://www.cnrtl.fr/etymologie/compassion>

je sais que ça va trop loin ». Nous pouvons alors imaginer que les moyens mis en place dans la gestion des émotions seront également propres à chacun.

4.2.4.2 La gestion des émotions

Après avoir pris conscience de la place importante et de l'influence des émotions dans le soin, nous allons nous intéresser aux mécanismes mis en place par chaque soignante pour les réguler. La majorité des puéricultrices interrogées exprime parvenir à gérer leurs émotions. Deux des professionnelles, dont la PDE 1 affirme de manière explicite : « *mes émotions j'arrive à les contrôler* ». Quant aux deux autres cela est sous-entendu plusieurs fois en citant les nombreux outils utilisés dans la gestion de leurs émotions. Nous les présentons à l'aide du tableau ci-dessous :

Gestion des émotions/ressentis		PDE 1	PDE 2	PDE 3	PDE 4
Professionnelle	Equipe	1	3	5	2
	Expérience	1	0	0	0
Personnelle	Temps pour soi	1	0	0	1
	Entourage	0	2	1	0

Titre : Tableau fréquentiel indiquant les ressources utilisées dans la gestion des émotions par les puéricultrices

Ressources professionnelles :

Premièrement l'ensemble des soignantes nomme l'équipe comme ressource professionnelle. La PDE 2 exprime « *en parler entre collègues, en équipe* », tout comme les trois autres professionnelles. Nous pensons qu'avant de pouvoir verbaliser leurs ressentis, il est nécessaire pour les puéricultrices d'avoir une bonne connaissance de soi. C'est alors qu'elles seront plus à même d'identifier leurs émotions. Ainsi, elles pourront verbaliser leur ressenti grâce aux échanges entre soignants. Les collègues de travail seront alors les plus à même de comprendre les émotions des puéricultrices, ayant eux même souvent rencontré des enfants dans un contexte d'absence parentale. Cependant, le vécu d'une situation et les émotions qui s'en dégagent sont propres à chaque professionnelle et leurs perceptions sont modifiées par leurs histoires de vie. C'est ce qu'explique la PDE 4 en disant « *c'est bien d'en parler parce que certaines personnes vont relativiser plus que d'autres, qui elles vont être vraiment dans l'émotion pure (...) ça aide beaucoup* »

Deuxièmement, la PDE 3 explique « *si on a des difficultés c'est vrai qu'il y aura un collègue qui prendra le relais* ». Les professionnelles ajoutent également faire appel à différents membres de l'équipe pluridisciplinaire lorsque la situation les touche afin qu'elle puisse s'améliorer. C'est alors que les psychologues, assistantes-sociales ou éducateurs de jeunes enfants peuvent les seconder lorsque la situation devient plus compliquée à gérer émotionnellement ou ne fait plus partie des champs de compétence de la puéricultrice. Nous pensons que la prise en soin par une équipe pluridisciplinaire permet à la soignante de prendre de la distance sur la situation vécue.

Enfin, seule la PDE 1 aborde l'expérience professionnelle comme ressource dans la gestion de ses émotions. Bien qu'elle avoue avoir « *autant d'émotions qu'au début* », elle explique que les compétences qu'elle a su développer à travers ses trente deux ans de carrière lui permettent de mieux les gérer. Elle cite également les formations qu'elle a pu réaliser qui lui ont appris au fil des années à identifier son ressenti lorsqu'une situation la touche, sans qu'elles n'influent dans sa prise en soin de l'enfant.

Pour terminer, la PDE 1 exprime son souhait de « *faire des réunions de groupe, de parole* », afin de désamorcer une situation donnée, ou dans le but d'améliorer de futures prises en soin. Cela permettrait d'avoir un point de vu global sur une situation et de redéfinir le rôle des différents intervenants auprès de l'enfant seul. Cependant elle déplore un manque de personnel « *on n'a pas de psychologue (...) on n'a pas une équipe suffisamment importante* ». Ceci peut s'avérer être une limite dans la réalisation de ces réunions. De plus, nous pouvons imaginer que la prise de parole dans un cadre moins intime par une professionnelle en difficulté, pourrait l'empêcher de s'exprimer librement. Enfin, selon nous le temps que demande l'organisation d'une réunion dans un service de soin ne permet pas toujours de désamorcer une situation instantanément lorsque celle-ci peut s'avérer complexe pour l'équipe.

Ressources personnelles :

Tout d'abord, deux des puéricultrices avouent parler à leur entourage des situations avec ces enfants hospitalisés seuls, qu'elles vivent au quotidien. Lorsque celles-ci sont difficiles, la PDE 2 en parle à sa famille : « *j'en parle aussi quand je rentre chez moi (...) après je n'y pense plus* ». De même, la PDE 3 nous dit en parler à son entourage proche. Nous supposons qu'il peut être plus facile pour certaines personnes de se confier dans un contexte plus familier, au sein de la sphère privée.

Quant aux deux autres puéricultrices, elles déclarent s'accorder des moments relaxation et de détente. La PDE 1 s'exprime : « *je fais du yoga, de la sophrologie et je m'aère beaucoup (...) je marche...* ». La PDE 4 nous raconte également que « *pour les situations plus difficiles, j'ai besoin d'un grand bol d'air frais, d'une bouffée d'oxygène, de sortir en fait* ». Ces activités solitaires permettent alors à ces dernières de prendre de la distance par rapport à la situation en se « vidant l'esprit ».

Pour conclure nous pouvons affirmer que les différents ressentis et la gestion des émotions dans la prise en soin d'un enfant seul sont propres à chaque professionnelles. La PDE 4 confirme cette notion de singularité en disant « *ce n'est pas ce qui me touche le plus dans notre travail* ». Quant à la gestion des émotions, d'un point de vue professionnel l'équipe apparaît comme une ressource principale. En effet, les membres qui la composent sont les plus à même de comprendre la puéricultrice car ils sont au plus près de la situation vécue. D'un point de vue personnel nous remarquons deux profils de puéricultrices : celles pour qui la gestion des émotions passe par le besoin d'être entourées et de verbaliser, et celles dont les moments plus solitaires s'avèrent être une manière de mieux gérer leur ressenti.

C'est donc grâce à ces différents moyens mis en œuvre dans la gestion de leurs émotions que les puéricultrices peuvent mettre à distance leurs ressentis, et prendre en soin l'enfant de manière optimale en l'absence de ses parents.

4.2.5 La prise en soin de l'enfant seul

Lorsque nous les avons questionnées sur la prise en soin de l'enfant seul, la totalité des puéricultrices a mentionné des différences en comparaison à celle de l'enfant accompagné de ses parents. C'est pourquoi dans un premier temps nous aborderons leur rôle dans la prise en soin en relais des parents, avant d'étudier la spécificité des besoins de l'enfant seul selon les puéricultrices interviewées.

4.2.5.1 « Prendre le relais des parents »

Lors de la prise en soin de l'enfant seul, l'ensemble des puéricultrices interrogées utilisent l'expression « prendre le relais » des parents.

	PDE 1	PDE 2	PDE 3	PDE 4
Prendre le relais	1	2	6	1

Titre : Tableau fréquentiel rapportant l'expression « prendre le relais » des parents, exprimée par les puéricultrices dans la prise en soin de l'enfant seul

Tout d'abord, selon le dictionnaire Larousse l'expression prendre le relais est le fait de « succéder à quelqu'un, à quelque chose afin de poursuivre une action »⁴⁴. La PDE 3 énonce « pour les enfants qui sont seuls il va falloir prendre le relais des parents ». Lorsque les parents sont absents, toutes les puéricultrices disent venir suppléer le rôle de ces derniers en assurant principalement les soins de nursing et en leur accordant plus d'attention.

	PDE 1	PDE 2	PDE 3	PDE 4
Soins de nursing	0	3	6	1
Plus d'attention	1	0	8	3

Titre : Tableau fréquentiel montrant les différents éléments pour lesquels les puéricultrices prennent le relais des parents

Les soins de nursing ou « soins de base » comme le nomme les puéricultrices interrogées font partis des premiers éléments qu'elles citent prendre en relais des parents. La PDE 3 dit « il va falloir qu'on fasse les soins et qu'on veille à ce qu'ils ne pleurent pas et soient au sec », ce que complète la PDE 2 « on va aussi faire le bain, on va faire l'alimentation ». On remarque alors qu'en plus des soins « techniques » que nécessite la pathologie de l'enfant, les puéricultrices sont amenées à faire ses soins quotidiens d'ordinaire réalisés par ses parents. Ce à quoi la PDE 3 ajoute « on leur apporte plus d'attention parce qu'on fait des soins qu'à la base on ne fait pas, vu que les parents sont là ». Cette posture plus attentive avec l'enfant seul est également décrite par deux autres puéricultrices. Nous avons vu dans le cadre de référence que l'absence des parents induisait un manque de partenaires de soins pour l'équipe soignante. Par conséquent, les puéricultrices n'ont pas pleinement connaissances des habitudes de vie et du caractère de l'enfant. C'est pourquoi

⁴⁴ Dictionnaire le Larousse. Consulté le 27.10.2018. Disponible sur : <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/relais/67828>

dans l'intention de répondre aux besoins de l'enfant de manière adaptée, les soignantes rencontrées décrivent avoir une attitude plus attentive avec ce dernier.

4.2.5.2 La prise en compte des besoins de l'enfant seul

Lorsque nous les avons interrogées à propos de la prise en soin de l'enfant seul, la totalité des puéricultrices a déclaré « répondre à ses besoins », que nous remarquons spécifiques au contexte. Comme nous venons de l'aborder, lors d'une hospitalisation les parents sont les plus à même de connaître l'enfant. C'est dans cette situation que la PDE 2 dit « *il a besoin de ses parents tout le temps* ». C'est pourquoi lorsque les parents sont absents, les puéricultrices interrogées vont prendre le relais pour répondre notamment aux besoins d'ordres affectifs et aux besoins de repères de l'enfant.

		PDE 1	PDE 2	PDE 3	PDE 4
Sécurité	Besoins affectifs	4	4	2	2
	Besoins de repères	0	2	0	2

Titre : Tableau fréquentiel présentant les besoins de l'enfant hospitalisé seul selon les puéricultrices interrogées

D'une part, concernant la sécurité affective, la PDE 3 affirme « *ces bébés, ils ont aussi besoin d'être pris dans les bras* », ce qui renvoie aux propos des autres puéricultrices tels que : « *besoin de nos câlins* », ou encore « *besoin d'être touchés* ». A travers nos précédentes recherches théoriques sur la psychologie de la petite enfance, les propos des professionnelles conduisent à des concepts explorés par R.SPITZ ou J.BOWLBY. Les travaux de ces derniers concluent que le besoin de contact physique apporte une sécurité à l'enfant et fait partie de ses besoins fondamentaux. Egalement, la PDE 2 explique de par ces gestes répondre au besoin de développement de l'enfant, qui est primordial même dans un contexte d'hospitalisation. Malgré le fait que les autres puéricultrices n'aient pas cité ce besoin, nous pouvons tout de même imaginer qu'elles réalisent ces gestes dans le même intérêt : le développement de l'autonomie de l'enfant et l'acquisition d'une bonne estime de lui-même. En répondant à ce besoin, elles deviennent alors des personnes dignes de confiance pour l'enfant en lui apportant leur soutien.

D'autre part, tout comme dans notre cadre de référence, deux professionnelles dont la PDE 2 abordent le manque de repères chez l'enfant lorsque ce dernier vit l'hospitalisation seul. Elle cite « *je pense qu'il a besoin encore plus de repères parce que c'est un milieu où il ne connaît personne, il ne connaît pas l'endroit et on lui fait des soins qui lui font peur* ». La PDE 4 cite également que l'enfant a besoin de réassurance surtout quand « *il n'est pas chez lui, dans une chambre qu'il ne connaît pas, avec une perfusion* ». Les propos des puéricultrices confirment nos précédentes recherches : l'hospitalisation du jeune enfant est source d'anxiété de par le changement, la cassure avec ses habitudes de vie et les soins réalisés. C'est à ce moment que la PDE 2 introduit l'idée pour ces enfants de « *besoin d'une personne ressource* ». La création de repères est alors favorisée par la présence régulière des professionnelles auprès de l'enfant seul et le rythme imposé par les soins qui lui sont prodigués. Nous pouvons donc imaginer que les soignants et notamment les puéricultrices peuvent devenir une figure de référence pour l'enfant seul.

Pour finir, nous remarquons ici toute la spécificité de la prise en soin de l'enfant seul. Au-delà des soins médicaux, les puéricultrices prennent en compte et répondent aux besoins liés au développement de l'enfant et à ses besoins de repères, habituellement satisfaits par ses parents.

En conclusion, les puéricultrices interviewées décrivent plusieurs particularités dans la prise en soin de l'enfant seul. En suppléance des parents ces dernières adoptent une attitude plus attentive et « *plus bienveillante avec eux* » comme le cite la PDE 3, afin de repérer et satisfaire ses besoins. Par exemple son besoin de développement et son besoin de repères. Cela passe également par la réalisation des soins de base. La PDE 2 résume : « *notre job ce n'est pas que les soins, c'est d'être aussi là pour l'aider sur tout* ». Ces différents éléments amènent alors les professionnelles à être davantage présentes auprès de l'enfant, ce que confirme la PDE 4 : « *on passe plus de temps avec les enfants seuls* ». Au regard du temps passé avec l'enfant, la puéricultrice peut donc devenir une figure de référence pour ce dernier. L'ensemble de ses paramètres nous laisse ainsi à penser qu'il existe une grande proximité entre la puéricultrice et l'enfant seul.

4.2.6 La posture de la puéricultrice auprès de l'enfant seul

Nous nous sommes questionnées ensuite sur la posture de la puéricultrice auprès de l'enfant dans ce contexte de proximité. C'est pourquoi nous avons souhaité interroger les

professionnelles sur ce sujet. Ces dernières ont décrit alors une attitude qu'elles visent à atteindre, en inadéquation avec celle qu'elles exercent en réalité : une attitude « maternante ».

4.2.6.1 L'attitude « idéale »

Lors de notre enquête, nous avons souhaité interroger les puéricultrices sur leur définition de la juste distance. Nous remarquons dans leurs réponses, que l'ensemble l'a associée au contexte d'absence parentale.

Dans un premier temps, afin d'en avoir une vision globale, nous avons fait le choix de présenter leur définition dans le tableau ci-dessous. Nous présenterons dans un second temps, les différentes caractéristiques propres à la juste distance.

Juste distance	PDE 1	PDE 2	PDE 3	PDE 4
Définition	<i>« lui donner ce substitut qu'il n'a pas, tout en sachant que je suis une professionnelle et pas sa maman »</i>	<i>« moi je sais que personnellement ce n'est pas de faire des câlins à un enfant, qui va me faire sentir moins professionnelle »</i>	<i>« c'est prendre le relais des parents (...) puis en même temps, être toujours professionnelle »</i>	<i>« ne pas remplacer les parents, pas de bisous, c'est ça la juste distance normalement, on reste professionnelle »</i>

Titre : Tableau présentant la définition de la juste distance selon chaque puéricultrice

Tout d'abord, en comparant les définitions de la juste distance de chaque professionnelle, nous observons qu'elles ont toutes le même sens bien que les mots utilisés soient différents. Si nous mettons en relation leurs propres définitions avec celle de Pascal PRAYEZ abordée dans le cadre de référence, nous notons de nombreuses similitudes. Pour rappel, ce dernier définit la juste distance comme « *une qualité de présence favorisant la rencontre et le contact sans débordement de la part du professionnel, qui n'oublie pas la différence des places et le cadre de la rencontre* »⁴⁵. Tout comme la majorité des définitions des puéricultrices, celle de l'auteur tient compte de deux éléments :

⁴⁵ PRAYEZ, Pascal. *Julie ou l'aventure de la juste distance, une soignante en formation*. Lamarre. Paris. 2005. p.220

- Le premier est la capacité de la soignante à prendre en soin de façon globale l'enfant, en lui apportant tout ce dont il a besoin. La PDE 3 l'illustre en disant « *prendre le relais des parents* », ou la PDE 1 « *lui donner ce substitut qu'il n'a pas* ».
- Le second fait référence au statut d'ordre professionnel de la puéricultrice malgré une certaine proximité avec l'enfant. Toutes font référence à leur place de soignante dans leur définition. Par exemple la PDE 4 dit « *on reste professionnelle* », ou la PDE 1 « *je suis une professionnelle et pas sa maman* ».

Nous remarquons qu'à travers l'élaboration de leur définition, les puéricultrices sont toutes en accord sur les différents paramètres constituant la notion de juste distance.

De plus, nous observons que pour deux des professionnelles, dont la PDE 1 il est « *compliqué de trouver la juste distance* ». Cette dernière l'argumente en expliquant qu'elle « *est à tisser en fonction de chaque situation et même parfois remodelée au cours de l'hospitalisation* ». La PDE 1 met ici en lumière deux notions importantes caractérisant la juste distance :

- La première est l'idée de singularité : chaque interaction entre les professionnelles et l'enfant est différente en fonction de la situation et du soignant, ce que complète la PDE 2 en disant « *c'est vraiment propre à chacun* ».
- La deuxième notion tient compte du caractère évolutif de la juste distance. En effet, nous pensons que les différentes étapes de l'hospitalisation peuvent venir la modifier.

Pour finir, les propos de la PDE 4 mettent en avant la perception plus théorique que les professionnelles peuvent avoir de la juste distance. Elle dit « *il faut faire attention, on n'a pas le droit aux bisous non plus, mais ça c'est dans les livres* ». C'est pourquoi, selon les caractéristiques décrites par les puéricultrices et la représentation qu'elles ont de la juste distance, nous pouvons la qualifier de « posture idéale ».

En conclusion, la juste distance est une posture professionnelle connue et expérimentée par chaque puéricultrice. Cependant, comme le fait remarquer la PDE 4 « *on devrait garder une certaine distance que l'on ne garde pas forcément* ». Dans un contexte d'absence parentale, ces dernières avouent être en quête de juste distance, bien qu'en réalité elles adoptent une attitude plus « maternante » avec l'enfant.

4.2.6.2 « Attitude maternante »

Au cours de nos entretiens, les puéricultrices interrogées utilisent un vocabulaire que nous avons associé à une attitude maternante. La PDE 1 va alors jusqu'à utiliser ce mot et

déclare «*j'essaie d'être encore plus maternante*» lorsqu'elle aborde sa posture professionnelle avec l'enfant seul. De par la répétition de ce champ sémantique, nous avons trouvé pertinent de présenter leur occurrence dans le tableau ci-dessous.

	PDE 1	PDE 2	PDE 3	PDE 4
Attitude maternante	3	2	2	3

Titre : Tableau fréquentiel indiquant l'attitude maternante adoptée par les puéricultrices dans la prise en soin de l'enfant seul.

En s'intéressant à la définition du terme maternage qui est «*l'ensemble de soins corporels donnés à une personne dans un climat protecteur et affectif qui évoque le comportement d'une mère à l'égard de son enfant*»⁴⁶, nous remarquons que cela définit bien la posture qu'adopte les puéricultrices. En effet, il ressort de nos entretiens des mots familiers tels que «*bichonner*», «*chouchouter*», «*cocooner*» ou encore «*câliner*» que les puéricultrices utilisent pour décrire leur attitude. Selon nous, c'est en se substituant à la mère et plus largement aux parents, que peuvent naître ces gestes.

Par ailleurs, lorsque nous nous sommes intéressées au profil socioprofessionnel des puéricultrices, nous avons l'idée de comparer si le fait d'être mère pouvait avoir un lien avec la posture professionnelle auprès de l'enfant seul. D'après notre analyse, nous pouvons constater que la PDE 2 qui n'est pas mère a la même approche que les trois autres puéricultrices ayant des enfants. Nous ne pouvons donc pas conclure à la relation entre les gestes maternants effectués par les professionnelles et leur propre vécu en temps que mère. Cependant le public que nous avons interrogé étant strictement féminin, nous pouvons nous questionner si cette attitude serait la même avec un panel masculin.

En conclusion, lors de la prise en soin d'un enfant seul, les puéricultrices avouent avoir des difficultés à être dans la juste distance. En réalité nous notons qu'elles adoptent une attitude que nous qualifions de maternante de par le vocabulaire qu'elles emploient pour nommer leur posture avec ces enfants-là.

⁴⁶ PAILLARD Christine. *Dictionnaire des concepts en soins infirmiers*. 3^{ème} édition. Setes. Noisy-le-grand. 2016. Page 279.

4.3 Synthèse de l'analyse

L'enquête réalisée auprès de puéricultrices en exercice dans divers services hospitaliers et l'analyse que nous en avons faite, révèlent plusieurs éléments.

Tout d'abord, les professionnelles abordent les multiples circonstances qui amènent l'enfant à vivre l'hospitalisation seul. Elles expliquent le besoin personnel de connaître la raison de l'absence des parents, qui peut susciter chez elles certaines émotions. L'incompréhension face à cet absentéisme apparaît comme le ressenti majeur, surtout lorsqu'il semble possible pour les soignantes de trouver des solutions afin d'accompagner l'enfant durant son séjour. La tristesse est également apparue pour l'une des puéricultrices interrogées comme émotion pouvant intervenir dans la prise en soin de l'enfant, en lien avec sa propre expérience maternelle. Cela nous a permis de conclure que leurs ressentis dans ce contexte sont tous en rapport avec le vécu personnel et les propres représentations des professionnelles. Toutefois, l'ensemble des soignantes parvient à mettre à l'écart ses émotions afin qu'elles n'influencent pas dans leur relation à l'enfant et dans le but d'assurer une prise en soin objective. Les puéricultrices possèdent chacune des ressources d'ordre personnel et professionnel de façon à réguler leurs ressentis. C'est à ce titre que l'équipe est apparue comme soutien principal pour la totalité des professionnelles. Ainsi, nous sommes en mesure d'affirmer l'une de nos hypothèses de recherche qui était : « *la gestion des émotions de la puéricultrice dans sa relation à l'enfant est facilitée par le travail en équipe* ». Nous pouvons expliquer cela par l'opportunité pour les puéricultrices d'exprimer leurs ressentis à des professionnels, étant eux-mêmes impliqués dans la prise en soin de l'enfant en l'absence de ses parents. Par le biais de discussions elles peuvent alors prendre de la distance sur la situation et plus facilement passer le relais à un collègue.

Ensuite, il émerge de notre analyse les spécificités de la prise en soin de l'enfant seul. En se substituant aux parents pour les soins de la vie quotidienne tout en prenant en compte ses besoins, les puéricultrices veillent à son bon développement. Elles lui fournissent également des repères dans cette période particulière qu'est l'hospitalisation. Au regard du temps passé auprès de l'enfant et de la présence régulière qu'elles lui accordent, elles peuvent devenir des figures de référence pour ce dernier. Tout cela induit alors une plus grande proximité entre la puéricultrice et l'enfant seul.

Enfin, nous pouvons admettre que la juste distance que les puéricultrices définissent comme étant une prise en soin globale de l'enfant tout en gardant à l'esprit leur statut de professionnel, leur apparaît comme une notion assez théorique. Il s'avère alors difficile pour

les soignantes de maintenir cette posture « idéale ». C'est pourquoi, nous n'avons pas la possibilité de valider pleinement notre deuxième hypothèse qui était la suivante : « *La juste distance facilite la gestion des émotions de la puéricultrice dans sa relation à l'enfant* ». En effet, selon nous, la perception que se fait chaque professionnelle de la juste distance, ne permet pas d'affirmer qu'il s'agit d'un élément facilitant la gestion de leurs émotions.

Pour finir, les soignantes tendent alors à adopter une attitude que nous avons qualifiée de maternante à l'égard de l'enfant pris en soin dans ce contexte. Cela se manifeste par une relation de proximité et davantage de gestes habituellement dispensés par les parents.

Quant à notre problématique de recherche qui était :

Comment est facilitée la gestion des émotions de la puéricultrice dans sa relation à l'enfant, dans un contexte d'absence parentale ?

Nous pouvons y répondre à travers différents éléments mis en évidence dans notre analyse. La gestion des émotions implique tout d'abord une bonne connaissance de soi qui permet d'identifier ses ressentis. Certaines puéricultrices apprécieront davantage de passer des moments seules, tournées vers l'introspection et la détente. D'autres préféreront partager des temps d'échange avec leur entourage proche ou verbaliser leurs difficultés à l'équipe soignante. Selon nous, l'équipe est donc la ressource majeure qui facilite la gestion des émotions de la puéricultrice lorsque cette dernière prend en soin l'enfant en l'absence de ses parents.

4.4 Limites de l'analyse

Suite à l'analyse du contenu des entretiens, nous pouvons noter certaines limites à celle-ci. Nous remarquons plusieurs limites tant sur le plan personnel, que sur la compréhension des questions posées au cours de nos entretiens, ou encore sur les modalités de réalisation de projet professionnel.

Premièrement, cette analyse est le fruit d'une réflexion personnelle réalisée en binôme. Tout au long de l'analyse nous avons essayé d'être le plus objectif possible, tout en ayant conscience que nous sommes influencées par nos expériences professionnelles et personnelles, ainsi que par nos représentations.

Deuxièmement, nous pouvons noter une mauvaise compréhension de deux questions du guide d'entretien par la PDE 2. La première concerne la question trois qui traite des différences de prise en soin entre l'enfant hospitalisé seul et celle des enfants accompagné de leur famille. La PDE 2 prend conscience que la réponse qu'elle apporte n'est pas en lien avec

la question que nous lui avons posé, seulement après nous avoir répondu. De plus, la question cinq qui aborde l'influence des émotions dans la relation avec l'enfant est également incomprise. Cependant, nous pensons qu'ici la réponse de la professionnelle est possiblement due à un manque de précision de la question. En effet, nous n'avons pas précisé le contexte d'absence parentale. Nous étions parties du principe que nous n'avions pas besoin de resituer ce dernier, étant le thème principal de nos entretiens. C'est pour ces raisons que nous avons fait le choix de ne pas analyser ces réponses, car nous ne pouvions pas les mettre en lien avec les thèmes abordés.

Troisièmement, comme décrit dans les limites de l'enquête, nous avons interrogé seulement quatre puéricultrices. Cela est donc peu représentatif du large panel de professionnelles pouvant rencontrer la prise en soin d'enfants seuls. Cependant en réalisant nos entretiens dans des services très différents, nous remarquons de nombreuses similitudes dans les réponses apportées. Nous pouvons donc supposer qu'avec un échantillon de professionnelles plus important, notre analyse aurait été proche de celle réalisée.

Enfin, nous identifions une limite dans les modalités de réalisation de ce projet professionnel. Les normes de notre travail de recherche et donc de notre analyse, nous contraignent à le réaliser dans un temps et un nombre de pages impartis. C'est pourquoi, certains de nos choix répondent à ces exigences.

C'est pour toutes ces raisons précédemment citées, que l'analyse que nous avons réalisée est à nuancer, et à lire avec le maximum d'objectivité.

5. Perspectives professionnelles

La réalisation de ce travail de recherche a permis de faire émerger de nouveaux éléments théoriques et pratiques et de développer de nouvelles capacités que nous pourrons réinvestir dans notre pratique professionnelle.

Tout d'abord, la spécificité de ce travail est sa réalisation en binôme. Cela nous a permis dans un premier temps de pouvoir nous répartir les recherches, avant de s'accorder et de mettre en commun nos résultats et nos idées. C'est pendant ces mêmes temps que nous avons exposé le cheminement de nos pensées et uniformisé nos écritures. Le travail en binôme nous a permis de développer nos compétences en communication afin d'être organisées et complémentaires. Nous pouvons mettre en parallèle ce projet en binôme avec le travail en collaboration puéricultrice-auxiliaire de puériculture dans notre futur exercice. Les apports que nous pouvons en retirer sont alors transférables dans notre pratique professionnelle.

De plus, l'exploitation de ce sujet nous a apporté de nouvelles connaissances. Premièrement, nous avons pris conscience que la prise en soin de l'enfant en l'absence de ses parents est une situation que l'on peut rencontrer dans l'ensemble des services de soin. Les projets professionnels de chacune s'orientent vers le milieu intra-hospitalier, c'est donc un contexte que nous nous apprêtons à retrouver dans notre exercice. Deuxièmement, nous notons l'importance d'identifier son ressenti dans ces situations qui induisent une charge émotionnelle importante pour les équipes. Cependant, à l'aube de nos vies professionnelles il nous semble assez difficile pour nous à ce jour, d'identifier l'implication de nos émotions dans des situations qui nous touchent. En ce qui concerne la gestion des émotions, nous avons pu chacune nous retrouver dans les ressources personnelles citées par les puéricultrices interrogées. Nous avons déjà parlé à notre entourage proche d'une prise en soin vécue difficilement, ou utilisé le sport comme moyen de détente. En revanche, notre manque d'expérience ne nous permet pas pour l'instant de nous identifier aux ressources professionnelles décrites précédemment. Toutefois, grâce à notre statut d'étudiante nous avons appréhendé le travail en équipe et nous réalisons l'entraide et le soutien que les professionnels peuvent s'apporter. C'est pourquoi, nous pensons que cela pourra être une aide dans la gestion de nos émotions au cours de notre pratique. Enfin, les connaissances théoriques et les apports des puéricultrices concernant la notion de juste distance nous font prendre conscience que cette dernière est singulière et propre à chacun. Bien qu'elle

apparaisse comme une attitude idéale pour les professionnelles, nous pensons qu'il est nécessaire d'ajuster notre posture à chaque situation.

6. CONCLUSION

Au cours de notre projet professionnel, nous avons pleinement pris conscience du contexte particulier qu'est l'hospitalisation du jeune enfant. En effet, l'enfance est une période synonyme de développement et d'apprentissages aboutissant à la construction d'un individu mature et autonome. Les parents sont habituellement présents et impliqués dans ce processus en veillant et en satisfaisant ses besoins, d'autant plus durant une hospitalisation. Dans les situations particulières que nous avons décrites où les enfants sont hospitalisés seuls, ce sont les professionnelles et notamment les puéricultrices qui répondent à leurs besoins. Il peut alors se créer une relation de proximité et d'intimité entre la professionnelle et l'enfant. Cela peut donc venir questionner la posture professionnelle à adopter. Nous avons remarqué qu'il n'existe pas d'attitude « idéale » si ce n'est celle qui est réalisée avec bienveillance et centrée sur les besoins de l'autre. Au contact d'un enfant seul, il est alors très courant pour les puéricultrices d'adopter une attitude « maternante » impliquant des gestes de tendresse. Cette posture induit une implication personnelle qui suscite alors diverses émotions chez la puéricultrice en rapport avec son histoire de vie. C'est alors que pour certaines professionnelles, la gestion de ces émotions semble fortement facilitée par l'entraide et le soutien apportés par l'équipe soignante.

En lien avec ce constat et de nouvelles situations rencontrées par le biais de notre pratique, nous avons souhaité élargir notre réflexion professionnelle. Nous pouvons ainsi nous demander : En quoi une cohésion d'équipe fragilisée par la mauvaise entente entre les professionnels pourrait être un obstacle pour la puéricultrice dans la gestion de ses émotions ? Et donc plus largement venir influencer sa posture dans sa relation avec l'enfant.

BIBLIOGRAPHIE

❖ **Ouvrages**

BACQUE Marie-Frédérique. *Apprivoiser la mort*. Odile JACOB. Paris. 2002. 283 pages.

BARDIN Laurence. *L'analyse de contenu*. Presses universitaires de France. Paris. 2011. 291 pages.

BOWLBY John. *Attachement et perte, 3 : la perte, tristesse et dépression*. Presses universitaires de France. Paris, 2012. 604 pages.

CARILLO Claudine. *Etre un soignant heureux : fluidifier les relations et apprivoiser les émotions*, 2^{ème} édition. Elsevier Masson. Issy-Les-Moulineaux. 2015. 193 pages.

CLAUDRON Philippe, WEBER Margot. « L'émotion. Contribution à l'étude psychodynamique du développement de la pensée de l'enfant sans langage en interaction ». *Devenir* 2009/1 (Vol. 21). Pages 61-69

COLLECTIF. *Profession infirmier*. Berger Levrault. 2015. Boulogne-Billancourt. 240 pages.

COLSON Sébastien, GASSIER Jacqueline, DE SAINT-SAUVEUR Colette. *Le guide de la puéricultrice*. 4^{ème} édition. Elsevier Masson. Issy-Les-Moulineaux. 2016. 1240 pages.

CURCHOD Claude. *Relations soignants-soigné, prévenir et dépasser les conflits*. Elsevier Masson. Paris. 2009. 224 pages.

DESHAYS Catherine. *Trouver la bonne distance avec l'autre grâce au curseur relationnel*. 2^{ème} édition. InterEdition. Paris. 2013. 225 pages.

DUPONT Marc, REY-SALMON Caroline. *L'enfant et l'adolescent à l'hôpital*. Presses de l'EHESP. Rennes. 2014. 463 pages.

FORTIN Marie-Fabienne, GAGNON Johanne. *Fondements et étapes du processus de recherche*. Chenelière Education. Montréal. 2016, 518 pages.

MERCADIER Catherine. *Le travail émotionnel des soignants à l'hôpital*. Edition Seli Arslan. Paris. 2008. 287 pages.

MORASZ, Laurent ; PERRIN-NIQUET, Annick et al. *L'infirmier(e) en psychiatrie, les grands principes du soin en psychiatrie*. 2^{ème} édition. Elsevier Masson. Issy-Les-Moulineaux. 2012. 313 pages.

MUCCHIELLI Roger. *L'analyse de contenu*. ESF. Issy-Les-Moulineaux. 2006. 223 pages.

MUCCHIELLI Roger. *Le travail en équipe*. Clés pour une meilleure efficacité collective. Paris: Ed ESF, 2007. 208 Pages.

PAILLARD Christine. *Dictionnaire des concepts en soins infirmiers*. 3ème édition. Setes. Noisy-le-grand. 2016. 568 pages.

PIERON Henri. *Vocabulaire de la psychologie*. Presses universitaires de France. Paris. 2005. 608 pages.

PRAYEZ Pascal. *Distance professionnelle et qualité du soin*. 2^{ème} édition. Editions Lamarre. Paris. 2009. 287 pages.

PRAYEZ, Pascal. *Julie ou l'aventure de la juste distance, une soignante en formation*. Lamarre. Paris. 2005. 235 pages

SPITZ René. *De la naissance à la parole, la première année de la vie*. Presses universitaires de France. Paris. 2012. 306 pages.

❖ Revues

CASTRO Dana. L'enfant à l'hôpital. *Le Journal des psychologues*, 2008, n° 254, p. 24.

LECOMTE J. Empathie et ses effets. *Savoir et soins infirmiers*. 2011. p1-7

PICAL Daniel. L'autorité parentale dans le code civil. *Le Journal des psychologues*, 2014, n° 322 p.29-32.

❖ Textes législatifs

France. MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITE. Arrêté du 16 janvier 2006 relatif à la formation conduisant au diplôme d'Etat d'auxiliaire de puériculture, modifié par l'arrêté du 30 novembre 2009 article 2. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000457507> consulté le 15.05.2018

France. MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA PROTECTION SOCIALE. Circulaire DHOS/O1/DGS/DGAS n°2004-517 du 28 octobre 2004, relative à l'élaboration des schémas régionaux d'organisation sanitaire de l'enfant et de l'adolescent. Disponible sur : <https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2004/04-52/a0523394.htm?fbclid=IwAR1EK5cddFU63vz4cebGjy4jt78Qp8mXDvEa-i1Y3vP2qzNCx5x6hUsKc>

France. MINISTERE DES AFFAIRES ETRANGERES. Convention internationale des droits de l'enfant, du 20 novembre 1989, article premier. Consulté le 24/05/2018. Disponible sur : https://www.diplomatie.gouv.fr/IMG/pdf/Conv_Droit_Enfant.pdf?fbclid=IwAR2NEwKb4AvCx5u8uiZdrCi1gBaqHWrl6F6vafNWuvkjHmpZzXdkNrPdNW8

France. Article 371-1 du code civil modifié par la loi n°2013-404 du 17 mai 2013-article 13, chapitre 1er : de l'autorité parentale relativement à la personne de l'enfant. Consulté le 28/08/2018. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?idSectionTA=LEGISCTA000006136194&cidTexte=LEGI TEXT000006070721&fbclid=IwAR0GWd9_QxwPaUWFDcT6C4emDk0Rd3j-V_8gVrZprefhJcoeSw-UDMuUANl

France. MINISTERE DU TRAVAIL. Publié le 22.04.2010. Consulté le 07.10.2018. Disponible sur : <https://travail-emploi.gouv.fr/droit-du-travail/les-absences-pour-maladie-et-conges-pour-evenements-familiaux/article/les-conges-et-absences-pour-enfant-malade>
France. MINISTERE DU TRAVAIL. Article L1225-35, modifié par la loi n°2012-1404 du 17 décembre 2012 relative au congé de paternité et d'accueil de l'enfant. Consulté le 07.10.2018. Disponible sur : <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F3156>

France. MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA SANTE. LOI n° 2016-297 du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfant. Journal officiel, n°0063 du 15 mars 2016. Consulté le 07.10.2018. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000032205234&categorieLien=id>

❖ Documents électroniques

Centre national de ressources textuelles et lexicales, consulté le 20.05.2018. Disponible sur : <http://www.cnrtl.fr/etymologie/enfant?fbclid=IwAR1EK5cddFU63vz4cebGjy4jt78Qp8mXDvEa-i1Y3vP2qzNCx5x6hUsKc>

Comité National de Soutien à la Parentalité. Rapport d'évaluation de la politique de soutien à la parentalité-volet 1, février 2013. Page 14. Consulté le 28.05.2018. Disponible le : http://www.modernisation.gouv.fr/sites/default/files/epp/epp_parentalite_tome1.pdf?fbclid=IwAR0GWd9_QxwPaUWFDcT6C4emDk0Rd3j-V_8gVrZprefhJcoeSw-UDMuUANl

Centre national de ressources textuelles et lexicales, consulté le 09.06.2018. Disponible sur : http://www.cnrtl.fr/definition/Separation?fbclid=IwAR3gjk9tTyo1dIVXMcrpt-wFbv4R_q8F0Ur232-lzXLw0fKBV4Aj4OkdOI

Dictionnaire le Larousse. Consulté le 11.06.2018. Disponible sur : <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/distance/26042>

Carte répertoriant les maternités par niveaux en France. Site officiel de Périnatalité. 2015. Consulté le 06.10.2018. Disponible sur : https://www.perinat-france.org/carte?fbclid=IwAR1lV6tv7j9O02gYG5hntX3aKBg-s8Fxl_JkmvVR9tyi1AF7kWW9RXLhp8

Dictionnaire le Larousse. Consulté le 25.10.2018. Disponible sur : <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/incomp%C3%A9hension/42324>

Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales. Consulté le 10.10.2018. Disponible sur : <http://www.cnrtl.fr/etymologie/compassion>

Dictionnaire le Larousse. Disponible sur : <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/relais/67828>

❖ Travaux universitaires

HA Laurence. *Témoignage de parents qui accompagnent un enfant hospitalisé lors d'un épisode de soins aigus : groupe de partage*. Thèse. Montréal. Novembre 2007, 47 pages.

ANNEXES



Dessin d'un enfant âgé de 10 ans, représentant son vécu lors d'une hospitalisation en l'absence de ses parents

SOMMAIRE

ANNEXE 1 : Les niveaux de soin des maternités en France.....	1
ANNEXE 2 : La Charte de l'enfant hospitalisé.....	2
ANNEXE 3 : Le guide d'entretien	3
ANNEXE 4 : Entretien retranscrit de la puéricultrice exerçant au pool pédiatrique (PDE 3)	5

ANNEXE 1 : Les niveaux de soin des maternités en France

Depuis les décrets du 9 octobre 1998, les maternités sont classées en trois types en fonction du niveau de soins aux nouveau-nés.

NIVEAU 1 : Soins postnatals de l'enfant ne présentant pas de problèmes particuliers. Maternité adaptée aux grossesses, aux accouchements et aux nouveau-nés ne nécessitant pas une technicité spécifique.

NIVEAU 2A : Maternité associée à une unité de néonatalogie permettant d'assurer, en continu, surveillance et soins spécialisés des nouveau-nés à risques ou dont l'état s'est déstabilisé après la naissance, qu'ils soient nés ou non dans l'établissement. Sur un même site et à proximité immédiate : une maternité adaptée à certains types de complications maternelles et une unité de soins aux nouveau-nés.

NIVEAU 2B : Maternité associée à une unité de néonatalogie permettant d'assurer, en continu, surveillance et soins spécialisés des nouveau-nés à risque ou dont l'état s'est déstabilisé après la naissance, qu'ils soient nés ou non dans l'établissement. Sur un même site et à proximité immédiate : une maternité adaptée à d'autres types de complications maternelles et à l'accueil d'enfant modérément prématurés - une unité de soins aux nouveau-nés comportant des soins intensifs.

NIVEAU 3 : Maternité associée à une unité de néonatalogie et de réanimation néonatale permettant la surveillance et les soins spécialisés de l'enfant, né ou non dans l'établissement, présentant des détresses graves ou à risques vitaux nécessitant des soins de réanimation. Sur un même site et à proximité immédiate : une maternité adaptée aux complications maternelles et néonatales plus graves, associée à un service de réanimation adulte et une unité de soins aux nouveau-nés comportant une réanimation néonatale.⁴⁷

⁴⁷ <https://www.perinatalite.org/niveaux-prise-charge.html> consulté le 25.10.2018

ANNEXE 2 : La Charte de l'enfant hospitalisé

Rédigée à LEIDEN (Pays-Bas) en 1988

"Le droit aux meilleurs soins possibles est un droit fondamental, particulièrement pour les enfants" - UNESCO -

Cette charte résume et réaffirme les droits des enfants hospitalisés.

1 - L'admission à l'hôpital d'un enfant ne doit être réalisée que si les soins nécessités par sa maladie ne peuvent être prodigués à la maison, en consultation externe ou en hôpital de jour.

2 - Un enfant hospitalisé a le droit d'avoir ses parents ou leur substitut auprès de lui, jour et nuit, quelque soit son âge ou son état.

3 - On encouragera les parents à rester auprès de leur enfant et on leur offrira pour cela toutes les facilités matérielles, 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.

4 - Les enfants et leurs parents ont le droit de recevoir une information sur la maladie et les soins, adaptée à leur âge et leur compréhension, afin de participer aux décisions les concernant.

5 - On évitera tout examen ou traitement qui n'est pas indispensable. On essaiera de réduire au maximum les agressions physiques ou émotionnelles et la douleur.

6 - Les enfants ne doivent pas être admis dans des services adultes. Ils doivent être réunis par groupes d'âge pour bénéficier de jeux, loisirs, activités éducatives adaptés à leur âge, en toute sécurité. Leurs visiteurs doivent être acceptés sans limite d'âge.

7 - L'hôpital doit fournir aux enfants un environnement correspondant à leurs besoins physiques, affectifs et éducatifs, tant sur le plan de l'équipement que du personnel et de la sécurité.

8 - L'équipe soignante doit être formée à répondre aux besoins psychologiques et émotionnels des enfants et de leur famille.

9 - L'équipe soignante doit être organisée de façon à assurer une continuité dans les soins donnés à chaque enfant.

10 - L'intimité de chaque enfant doit être respectée. Il doit être traité avec tact et compréhension en toute circonstance.

ANNEXE 3 : Le guide d'entretien

Question 1 :

Quel est votre parcours professionnel ? Depuis combien de temps exercez-vous dans ce service ? Quel âge avez-vous ? Avez-vous des enfants ?

Question 2 :

Vous arrive t-il de prendre en charge des enfants en l'absence des parents ? Si oui, quelles circonstances amènent l'enfant à être hospitalisé seul ?

Question 3 :

Selon vous, quelles différences pouvez-vous observer entre la prise en soin des enfants hospitalisés seuls et celle des enfants accompagnés de leur famille ?

Relances:

- *La prise en charge est-elle différente ?*
- *Votre attitude vous semble-t-elle différente ?*

Question 4 :

Quel est votre ressenti lorsque vous prenez en charge un enfant hospitalisé en l'absence de ses parents ?

Relances:

- *Parvenez vous à prendre conscience de vos ressentis/émotions ?*
- *Quelles émotions pouvez-vous ressentir dans ces situations ?*
- *Comment les exprimez vous ? (Pleurs, cris, sourire...)*

Question 5 :

Pensez-vous que vos émotions influent dans votre relation avec l'enfant ? Si oui, comment ?

Relances:

- *La situation d'un enfant vous a-t-elle déjà touchée ? Avez vous alors agi de manière différente avec ce dernier ?*

Question 6 :

Quelles ressources utilisez-vous dans la gestion de vos émotions ?

Relances:

- *L'équipe est-elle un soutien pour vous ?*
- *Vous arrive-t-il de parler de ces situations à votre entourage proche ?*
- *Avez-vous des ressources personnelles ? (sport, écriture...)*

Question 7 :

Selon vous, qu'est-ce que la « juste distance relationnelle » ?

La « juste distance relationnelle » vous a-t-elle déjà posé question dans certaines situations avec les enfants ?

Relances:

- *Quelles étaient les circonstances ?*

Question 8 :

Avez-vous d'autres éléments à apporter cet entretien ?

ANNEXE 4 : Entretien retranscrit de la puéricultrice exerçant au pool pédiatrique (PDE 3)

Question 1 :

EPDE : Quel est votre parcours professionnel ? Depuis combien de temps exercez-vous dans ce service ?

PDE :

Je suis infirmière diplômée depuis 2013 et j'ai fait la formation puéricultrice en 2014. J'ai directement enchaîné après le diplôme infirmier dans le pool auprès des enfants. Donc ça fait 4 ans que je suis au pool.

EPDE : Quel âge avez-vous ?

PDE :

26 ans.

EPDE : Avez-vous des enfants ?

PDE :

Oui, une fille.

Question 2 :

EPDE : Vous arrive-t-il de prendre en charge des enfants en l'absence des parents ?

PDE :

Oui.

EDPE : Dans quelles circonstances l'enfant est-il hospitalisé seul ?

PDE :

Souvent, c'est parce que il y a des aînés donc les parents ne peuvent pas être présents tout le temps auprès de l'enfant. Soit c'est dans des services un peu spécifiques tels que la réanimation ou la néonatalogie où les parents ne sont pas présents tout le temps. Premièrement parce qu'il y a des soins, ils ne doivent pas être là ou alors deuxièmement c'est parce que matériellement ce n'est pas possible pour eux d'être là tout le temps. Par exemple en réanimation et en néonatalogie les parents ne dorment pas sur place, du coup les enfants se retrouvent tout seuls.

Question 3 :

EPDE : Selon vous, quelles différences pouvez-vous observer entre la prise en soin des enfants hospitalisés seuls et celle des enfants accompagnés de leur famille ?

PDE :

On a un peu plus d'attention... On va être plus attentif aux enfants qui sont seuls parce que les enfants qui ont leurs parents s'il y a quelque chose qui ne va pas, les parents vont pouvoir être là. C'est eux qui vont effectuer souvent les soins, comme le change ou la toilette. Pour les enfants qui sont seuls, il va falloir prendre le relais des parents et donc qu'on fasse les soins et qu'on veille à ce qu'ils ne pleurent pas, qu'ils soient au sec et leur donner à manger. Du coup on va prendre le relais et donc on a une attention plus particulière auprès de ces enfants là.

EPDE : Votre attitude vous semble-t-elle différente ?

PDE :

Non je pense que mon attitude n'est pas différente parce qu'on va toujours essayer d'être professionnelle et de faire les choses avec attention mais oui on va l'être un petit peu plus... Enfin, je pense faire les choses de la même manière pour l'un ou pour l'autre, mais après c'est vrai que pour ceux qui sont seuls on fait des soins qu'on ne fait pas auprès des enfants qui sont avec leurs parents. Donc c'est vrai que tu as une attention plus particulière.

Question 4 :

EPDE : Quel est votre ressenti lorsque vous prenez en charge un enfant hospitalisé en l'absence de ses parents ?

PDE :

Alors déjà on cherche à savoir quand même pourquoi les parents ne sont pas là... Souvent on a un besoin de mettre une raison à leur absence, de la justifier, même s'ils n'ont pas à se justifier... Mais c'est vrai qu'on a besoin souvent de savoir et on a besoin d'attendre les raisons. Ensuite, je pense qu'on peut avoir un peu plus de proximité avec ces enfants là, comme on fait plus de soins, comme les prendre dans nos bras. Je pense en [service] il y a beaucoup d'enfants qui sont souvent seuls, des bébés aussi, et les hospitalisations durent longtemps. Ces bébés, ils ont aussi besoin d'être pris dans les bras donc c'est vrai que le ressenti... On a un peu plus d'affect je pense pour ces enfants là avec qui on a une relation un peu plus proche, parce que tu fais plus de soins. Tu prends le rôle des parents un peu en relais parce que s'ils ne sont pas là. Un bébé tu ne peux pas le laisser dans le lit toute la journée et le laisser pleurer, donc c'est vrai que du coup tu vas avoir un peu plus d'empathie, un peu envie

de le câliner quand il n'est pas bien, de le bichonner un peu plus... (rire) Mais seulement quand il n'y a pas ses parents qui sont là pour le faire.

EPDE : Donc il semblerait que vous parveniez à prendre conscience de vos émotions, mais comment les exprimez-vous ?

PDE :

Alors ça ne me frustre pas, moi ça me fait plaisir quand on a le temps de pouvoir faire des choses et que les parents ne sont pas là de pouvoir prendre le relais... Après, moi je sais que je ne suis pas leur maman, pour moi ça ne me pose aucun problème. Après, on en parle en équipe quand des fois ça peut devenir compliqué de voir ces enfants qui sont souvent tous seuls. Avec l'équipe on en parle pas mal et si on a des difficultés c'est vrai qu'il y aura un collègue qui prendra le relais...

Question 5 :

EPDE : Pensez-vous que vos émotions influent dans votre relation avec l'enfant ?

PDE :

Oui oui oui (rires)... Oui, parce que je pense que dans tous les cas on n'est pas des machines. Il y a des petits bouts avec qui on essaye d'être présent et du coup je pense que nos émotions... On a envie d'être au plus bienveillant avec eux et donc c'est vrai, oui je pense que nos émotions elles influent énormément.

EPDE : La situation d'un enfant vous a-t-elle déjà touchée ?

PDE :

Oui, oui (rires).

EPDE : Avez vous alors agit de manière différente avec ce dernier ?

PDE :

Par logique oui parce qu'on doit leur faire des soins. Enfin, c'est bête mais on leur apporte plus d'attention parce qu'on fait des soins qu'à la base on ne fait pas, vu que les parents sont là. Donc oui, moi je leur apporte plus d'attention parce qu'un bébé qui va pleurer et qui aura besoin d'être pris dans les bras, la maman va le prendre dans les bras. Mais celui qui est tout seul il faut qu'à ce moment là on prenne cette attention là et qu'on assure le relais pour cet enfant.

Question 6 :

EPDE : Quelles ressources utilisez-vous dans la gestion de vos émotions ?

PDE :

Prioritairement c'est l'équipe. Après par exemple si la situation nous touche et qu'il y a une incompréhension, on essaye de faire en sorte que la situation même pour les parents ou des proches puissent s'améliorer. Donc on peut faire appel aux assistantes sociales ou aux psychologues. Des fois c'est des psychologues pour savoir s'il n'y a pas un problème d'attachement, si c'est en lien avec la maladie. Ou si c'est en lien avec l'hospitalisation, on appelle les assistantes sociales pour essayer de faire en sorte... que si c'est un problème financier... on lui paye les repas à l'hôpital par exemple. Et après... Non non, c'est plus dans le dialogue avec les équipes en général.

EPDE : D'accord, donc dans l'équipe vous incluez quels professionnels ?

PDE :

Alors les assistantes sociales, on peut en parler aussi avec la cadre, les collègues auxiliaires et les psychologues comme je disais.

EPDE : Vous arrive-t-il de parler de ces situations à votre entourage proche ?

PDE :

Oui, il m'arrive d'en parler à mon entourage.

Question 7 :

EPDE : Selon vous qu'est-ce que la « juste distance relationnelle »?

PDE :

C'est apporter les soins nécessaires à un enfant et de l'attention. Enfin ce n'est pas juste changer la couche pour changer la couche, c'est avec l'intention de le faire bien, de le distraire, de lui apporter ce dont il a besoin... Et voilà, le distraire mais pas faire seulement ces soins, c'est au-delà. C'est prendre le relais des parents, c'est-à-dire si on doit s'amuser avec lui, le faire. Puis en même temps être toujours professionnelle, c'est-à-dire faire les soins dont a besoin l'enfant et de lui imposer le cadre que le service demande. Et toujours pareil, ne pas s'attacher à cet enfant parce qu'évidemment on va plus s'attacher à celui là qui est tout seul et qui est plus dépendant de nous, qu'un autre qui va être entouré.

Question 8 :

EPDE : D'accord. Avez-vous d'autres éléments à apporter à cet entretien ?

PDE :

Non.

EPDE : Merci pour vos réponses