



HAL
open science

La puéricultrice face à l'enfant né sous le secret

Marie Declerck

► **To cite this version:**

| Marie Declerck. La puéricultrice face à l'enfant né sous le secret. Pédiatrie. 2020. dumas-03182034

HAL Id: dumas-03182034

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03182034>

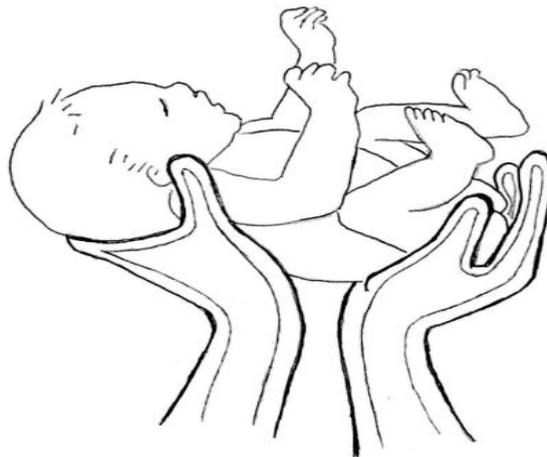
Submitted on 11 Oct 2021

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.

Projet professionnel

La puéricultrice face à l'enfant né sous le secret



Ecole de puéricultrices

Ifsante Lomme

“Les graines semées dans l’enfance développent de profondes racines”

Stephen King

Fin de route

Table des matières:

Introduction	1
Questionnement de départ	5
PARTIE 1 : CADRE THÉORIQUE	6
I. L'accouchement sous le secret	6
a. Définition	6
b. Cadre législatif	7
c. Parcours de l'enfant	9
d. Recherche des origines	10
II. L'accompagnement de l'infirmière puéricultrice en service de néonatalogie	11
a. L'infirmière puéricultrice	11
b. Le service de néonatalogie	13
c. L'accompagnement	15
III. L'enfant	17
a. Définition	17
b. Les besoins de l'enfant	18
c. L'attachement	19
IV. Les émotions	22
a. Définition	22
b. Les différentes émotions	23
c. La gestion des émotions	25
d. La juste distance	26

PARTIE 2 : ENQUÊTE EXPLORATOIRE 29

I. Réalisation de l'enquête 29

a. Choix des outils 29

b. Choix de la population 30

c. Choix des structures 30

d. Construction de l'enquête 30

e. Réalisation 30

II. Analyse des entretiens 31

a. Analyse 31

b. Synthèse de l'analyse 40

Conclusion 43

Bibliographie

Annexes

Introduction:

Ayant eu mon diplôme d'Infirmier d'Etat et souhaitant travailler dans le domaine de la puériculture, j'ai fait le choix de suivre la formation de puéricultrice afin de devenir infirmière-puéricultrice.

Dans le cadre de cette formation, nous devons réaliser un projet professionnel sur un thème en lien avec notre profession dans l'objectif d'analyser et améliorer notre pratique professionnelle.

En temps qu'étudiante infirmière-puéricultrice, je me suis demandée face à quelles situations je pourrais me sentir en difficulté lors de ma pratique professionnelle. J'ai pensé à différentes situations tels que l'enfant né sous le secret, l'enfant en fin de vie ou les enfants victimes de violences. Ce sont des situations peu fréquentes que l'on peut rencontrer lors de notre parcours professionnel mais auxquelles il faut être apte et préparé à prendre en soin l'enfant dans des conditions optimales en fonction de ses besoins.

Afin d'éclaircir ces situations j'ai lu plusieurs articles, dont un en particulier qui a retenu mon attention. Cet article évoque l'enfant né sous le secret en service de néonatalogie, avec ses besoins, sa prise en soin, l'équipe pluridisciplinaire ainsi que son devenir.

Au tout début de l'article, une phrase a d'ailleurs suscité mon questionnement : “ *Les soignants qui prennent en charge ces enfants sont parfois confrontés à des difficultés, des doutes ou des questionnements* ”¹.

Afin de mieux comprendre cet article, il est important de connaître la situation évoquée. L'article reprend l'histoire de Léo, prématuré de 32 semaines, qui a été transféré d'un autre hôpital pour détresse respiratoire. Il a été pris en soin en service de néonatalogie. Concernant l'histoire de Léo, les professionnels possédaient peu de renseignement. Ils savaient juste qu'il s'agissait d'une grossesse non désirée.

¹BROSOLO Vanessa, Prise en charge d'un enfant né sous le secret en néonatalogie, *Soins pédiatrie-puériculture*, janvier/février 2015, n°282, p 43-47. (Consulté le 6 octobre 2019).

Outre la prise en soin de son état respiratoire, d'autres questions d'ordre relationnel ainsi que les besoins spécifiques de cet enfant ont suscité des questionnements de la part des professionnelles.

“Les soignants sont poussés dans leurs retranchements; il faut accorder de la présence et de l'attention à cet enfant, créer un lien avec lui, sans prendre la place des parents”². Peut-on parler de juste distance face à ces enfants ?

A sa naissance, l'enfant ne va pas trouver de réconfort dans les bras de sa maman mais dans ceux d'une autre personne. Il s'agit pour l'enfant d'un moment d'adaptation au monde extra-utérin mais aussi d'adaptation environnemental puisque la seule personne dont il reconnaît la voix et l'odeur ne sera pas celle qui le prendra dans ses bras.

L'article évoque les notions de handling et de holding. Le handling correspond au contact direct avec l'enfant, par le portage ou des câlins. L'enfant se sent en sécurité et apaisé.

Le holding correspond à la partie psychique, c'est à dire la façon dont la mère ou le substitut maternel va parler à l'enfant, en lui racontant son histoire. Il s'agit là de paroles rassurantes pour l'enfant.

Ensuite, est évoqué dans l'article la prise en soin pluriprofessionnelle. Afin de répondre aux mieux aux besoins de Léo, l'équipe pluridisciplinaire s'était réunie à son arrivée. Ils avaient désigné des référents pour Léo, afin qu'un lien d'attachement s'établisse dans son quotidien.

“Le nouveau-né, quelque soit le contexte de sa naissance, ses origines et son histoire ne peut pas vivre sans attachement”³.

Toutes les semaines avaient lieu une réunion de synthèse en équipe afin de parler de la situation de Léo. Etaient présents les membres de l'équipe soignante, le cadre de secteur, le médecin chef et l'interne du service, la psychologue, la psychomotricienne ainsi que l'assistante sociale.

² BROSOLO Vanessa, Prise en charge d'un enfant né sous le secret en néonatalogie, *Soins pédiatrie-puériculture*, janvier/février 2015, n°282, p 43-47. (Consulté le 6 octobre 2019).

³ BROSOLO Vanessa, Prise en charge d'un enfant né sous le secret en néonatalogie, *Soins pédiatrie-puériculture*, janvier/février 2015, n°282, p 43-47. (Consulté le 6 octobre 2019).

Chaque membre avait un rôle bien déterminé dans ses réunions en fonction de ses compétences. “ *Chaque soignant travaille avec son histoire, ses connaissances, ses compétences, et ses sentiments*”⁴.

La question du devenir de Léo a été évoquée dès son arrivée dans le service. Un partenariat avec le pôle d'adoption a rapidement été mis en place. La psychologue fut référente de Léo, elle veillera à subvenir à ses besoins, qu'ils soient administratifs ou psychologiques jusqu'à sa majorité. Une assistante familiale fut trouvée afin d'assurer l'accueil de Léo à son domicile jusqu'à l'adoption. Elle lui donna le premier biberon. A la sortie de Léo du service, l'assistante familiale sera accompagnée par l'équipe du pôle adoption mais aussi par le service de protection maternelle et infantile.

L'équipe soignante présente dans le service était là pour prendre le relais lorsque la psychologue ou l'assistante familiale était absente.

Les soins de développement ont bien sûr fait parti de la prise en soin puisqu'ils sont essentiels en service de néonatalogie. Le but est de favoriser le bien-être de l'enfant, diminuer ses angoisses et réduire la durée d'hospitalisation.

Un livre de vie avait été réalisé pour Léo. Il s'agit d'un document, qui reprend l'identité de l'enfant, les événements marquants de sa vie, les temps forts, les personnes qui ont pris en soin l'enfant, des photos, ses habitudes, ainsi que quelques anecdotes. Le livret sera remis au pôle adoption, qui le donnera aux futurs parents, et auquel Léo aura accès en présence d'un adulte.

Cet article a retenu mon attention car on entend de plus en plus parler des enfants nés sous le secret et de leur devenir, mais plus rarement des professionnels qui les prennent en soin et des difficultés qu'ils peuvent rencontrer.

⁴ BROSOLO Vanessa, Prise en charge d'un enfant né sous le secret en néonatalogie, *Soins pédiatrie-puériculture*, janvier/février 2015, n°282, p 43-47. (Consulté le 6 octobre 2019).

En effet, le film intitulé “Pupille”⁵, sorti en 2018, a pu mettre en avant une autre histoire, celle de Théo, enfant né sous le secret. Nous pouvons voir dans ce film tout le déroulement de ce processus, de l’admission de la mère en maternité, jusqu’à l’adoption de cet enfant. A travers ce film, la réalisatrice souhaitait évoquer la naissance de l’enfant sous le secret jusqu’à son adoption, sujet selon elle qui est rarement évoquée au cinéma. Le film a su retracer l’histoire de ces enfants nés sous le secret, entre documentaire et fiction, sans jugement de valeur.

Les professionnels travaillant autour de Théo sont mis en avant et leurs rôles sont bien identifiés. Parmi ces professionnels on peut notamment retrouver ceux qui travaillent pour l’ASE (Aide Sociale à l’Enfance), ainsi que la famille d’accueil de Théo. Le personnel hospitalier est peu évoqué dans ce film, pourtant ces derniers font parti des premiers acteurs auprès de l’enfant né sous le secret et peuvent aussi rencontrer des difficultés dans la prise en soin de cet enfant.

Ces deux documents évoquent deux cadres différents de l’enfant né sous le secret : dans la revue professionnelle on retrouve le vécu des soignants et les difficultés qu’ils peuvent rencontrer. Puis dans le second document, on retrouve le parcours de l’enfant de sa naissance jusqu’à l’adoption.

Lorsqu’on évoque l’enfant né sous le secret, on parle principalement de l’enfant, notamment de son adoption, puis des années plus tard, une éventuelle recherche des origines. Il s’agit de situations difficiles pour l’enfant, pour ses parents, mais aussi pour le personnel soignant.

C’est pour cela que j’ai décidé de cibler mon travail de recherche sur la puéricultrice auprès de l’enfant né sous le secret.

En temps que futur professionnel de la petite enfance, nous portons un regard bienveillant envers les enfants que nous prenons en soin. Par projection, divers sentiments et émotions peuvent venir interférer la prise en soin de ces enfants notamment du côté relationnel.

⁵ HERRY Jeanne, *Pupille*, Studio Canal, 2018, 1h50min, drame.

Suite à la lecture de ces documents, je suis arrivée à établir des questionnements. Tout d'abord, je me demandais comment les professionnelles vivent-elles ces situations ? Ensuite je voulais savoir quelles émotions ces situations peuvent susciter chez les professionnelles et comment les gèrent-elles ? Qu'évoque l'auteur lorsqu'elle dit "*les soignants sont poussés dans leurs retranchements*"⁶? Quelles sont les besoins du nouveau-né et doit-on s'occuper davantage de lui ? Est-ce qu'on peut parler de juste distance et d'attachement dans ces situations ? Comment pouvons-nous accompagner ces enfants ?

Ces questions et mon constat, m'ont permis d'aboutir à ma question de départ :

“En quoi l’accompagnement de la puéricultrice auprès de l’enfant né sous le secret en service de néonatalogie amène-t-elle à des difficultés émotionnelles, des doutes personnels et questionnements ? “

Ainsi, afin de pouvoir répondre à mon questionnement, et être apte à aller rencontrer des professionnelles de terrain, des recherches me seront nécessaires. De ce fait, je vais définir les mots-clés qui me semble important: l'accouchement sous le secret, l'accompagnement de l'infirmière puéricultrice en service de néonatalogie, l'enfant et ses besoins, et enfin les émotions de l'infirmière puéricultrice.

Grâce aux connaissances que m'auront apporté ces recherches, je pourrai établir une question de recherche et émettre des hypothèses. Afin d'affirmer ou non ces hypothèses, je vais réaliser une enquête de terrain auprès des professionnelles afin de voir si les apports théoriques recherchés correspondent à la réalité du terrain.

Tout au long de ce travail de recherche, j'ai fait le choix d'évoquer l'infirmière-puéricultrice ainsi que les professionnelles au féminin car malgré qu'il s'agit d'une profession mixte, les hommes reste en minorité, et il m'est plus facile, en temps que femme, de parler de la profession au féminin.

⁶ BROSOLO Vanessa, Prise en charge d'un enfant né sous le secret en néonatalogie, *Soins pédiatrie-puériculture*, janvier/février 2015, n°282, p 43-47. (Consulté le 6 octobre 2019).

PARTIE 1 : CADRE THÉORIQUE

I. L'accouchement sous le secret

J'ai fait le choix d'évoquer dans cette première partie l'accouchement sous le secret puisqu'il s'agit de l'élément clé de mon sujet de recherche et il me semble important de pouvoir situer l'accouchement sous le secret en France afin d'avoir des connaissances sur ce sujet. Je vais donc d'abord définir l'accouchement sous le secret, puis parler du cadre législatif en France, ensuite du parcours que va suivre l'enfant, et pour finir l'accès aux origines.

a. Définition

L'accouchement sous X, l'accouchement anonyme ou encore l'accouchement abandon renvoie tous à la notion d'accouchement sous le secret.

Il autorise la femme enceinte, si elle le souhaite, à accoucher de manière anonyme, sans possibilité de filiation par la suite.⁷

Il est autorisé en France depuis la loi du 27 juin 1904. Avant cette date, les "tours" étaient obligatoires depuis 1811 afin de réduire le nombre d'infanticide. Elles étaient placées dans les hospices ou dans les hôpitaux et permettaient aux mères d'y déposer leurs enfants de manière anonyme. Une surveillante avertie par une sonnette, récupérait les enfants.

Les tours ont progressivement été supprimées pour réduire les abandons qui étaient en hausse. Suite à la loi de 1904, les "tours" ont été totalement interdites.⁸

⁷ SERVICE PUBLIC, *L'accouchement sous X*, mars 2019. (Consulté le 2 janvier 2020). Disponible sur : <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F3136>

⁸ CENTRE NATIONAL POUR L'ACCÈS AUX ORIGINES PERSONNELLES et l'INSTITUT NATIONAL D'ÉTUDES DÉMOGRAPHIQUES, *Étude sur les mères de naissance qui demandent le secret de leur identité lors de leur accouchement*, juin 2010 (en ligne). (Consulté le 2 janvier 2020). Disponible sur: https://www.cnaop.gouv.fr/IMG/pdf/CNAOP_Etude_meres_de_naissance.pdf

Le dernier rapport de l'Observation Nationale de l'Enfance en Danger, estime à 550 le nombre d'enfants nés sous le secret en France au cours de l'année 2018, nombre en baisse par rapport à l'année 2017 où il y en a eut 619.⁹

La France est un des rares pays à disposer d'une législation concernant l'accouchement sous le secret, c'est pour ce fait qu'il me semble important d'en parler. Je vais donc définir le cadre législatif de l'accouchement sous le secret en France.

b. Cadre législatif

Comme évoqué précédemment, l'accouchement sous le secret est autorisé suite à la loi du 27 juin 1904. En 1941, sous le gouvernement de Vichy, un décret fut adopté. Il s'agissait d'organiser l'accouchement dans l'anonymat et prévoyait la prise en charge de la femme enceinte dans un établissement de soins.

*« Pendant le mois qui précède et le mois qui suivra l'accouchement, toute femme enceinte devra, sur sa demande, être reçue gratuitement et sans qu'elle ait besoin de justifier de son identité, dans tout établissement hospitalier public susceptible de lui donner les soins que comporte son état. »*¹⁰. Ce texte sera à plusieurs reprises utilisé dans les décrets et les lois, notamment la loi du 8 janvier 1993 puis celle du 22 janvier 2002, pour devenir actuellement l'article L.222-6 du code de l'action social et des familles.

Ces frais seront pris en charge par l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE) dont dépend l'établissement.

La loi du 8 janvier 1993, instaura un juge aux affaires familiales. Elle précise que *“lors de l'accouchement, la mère peut demander que le secret de son admission et de son identité soit préservé”*¹¹. La recherche par l'enfant de sa mère biologique est évoquée dans cette loi:

⁹ OBSERVATION NATIONALE DE L'ENFANCE EN DANGER, Rapport de l'ONPE au gouvernement et au parlement, 2019. (Consulté le 3 mai 2020). Disponible sur : https://onpe.gouv.fr/system/files/publication/14e_ragp_0.pdf

¹⁰ ENSELLEM.C, *Naître sans mère ? : Accouchement sous X et filiation*, Presses universitaires de Rennes, mars 2004, 312 pages, p 59. (Consulté le 2 janvier 2020).

¹¹ France. ASSEMBLÉE NATIONALE ET SÉNAT. Loi n° 93-22 du 8 janvier 1993 modifiant le code civil relative à l'état civil, à la famille et aux droits de l'enfant et instituant le juge aux affaires familiales. JORF n°7

“l’enfant qui exerce l’action sera tenu de prouver qu’il est celui dont la mère prétendue a accouché. La preuve ne peut être rapportée que s’il existe des présomptions ou indices graves”¹², ce qui rendait difficile pour l’enfant l’accès à ses origines.

La loi du 22 janvier 2002, facilite quant à elle l’accès aux origines des personnes adoptées et pupilles de l’Etat en créant le CNAOP (Conseil National pour l’Accès aux Origines Personnelles), que je définirai prochainement.

A la naissance de l’enfant, la mère peut faire le choix de donner le ou les prénoms qu'elle souhaite. Dans le cas contraire, ce sera l’équipe soignante qui attribuera un prénom à l’enfant. La déclaration de naissance sera faite par le personnel hospitalier lors de l’accouchement dans les délais légaux.

Après l’accouchement, la mère peut si elle le souhaite voir ou non l’enfant et le garder ou non avec elle dans la chambre. Si elle ne souhaite pas le voir ni s’en occuper dans les premiers instants, l’équipe soignante de l’établissement le prendra en charge.

La mère sera invitée par le correspondant départemental du CNAOP (Conseil National pour l’Accès aux Origines Personnelles)¹³, à laisser, si elle l’accepte, son identité sous pli fermé. Elle peut y laisser son nom, ses prénoms, sa date de naissance, son lieu de naissance, son adresse, un numéro de téléphone, une adresse électronique, ou encore son numéro de sécurité sociale. Ces informations peuvent être modifiées à tout moment par la mère, mais elles ne peuvent jamais être retirées du dossier. Ce pli fermé est conservé par le Conseil général, et sera transmis au CNAOP si l’enfant formule une demande d’accès à ses origines.

Elle dispose d’un délai de rétraction de 2 mois, au delà duquel l’enfant deviendra Pupille de l’Etat, ce qui rendra possible toute démarche d’adoption.¹⁴

du 9 janvier 1993 page 495. (Consulté le 10 janvier 2020). Disponible sur:

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000361918&categorieLien=id>

¹² France. ASSEMBLÉE NATIONALE ET SÉNAT. Loi n° 93-22 du 8 janvier 1993 modifiant le code civil relative à l’état civil, à la famille et aux droits de l’enfant et instituant le juge aux affaires familiales. JORF n°7 du 9 janvier 1993 page 495. (Consulté le 10 janvier 2020). Disponible sur:

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000361918&categorieLien=id>

¹³CONSEIL NATIONAL POUR L'ACCÈS AUX ORIGINES PERSONNELLES, *Le pli fermé*, juillet 2013. (Consulté le 3 janvier 2020). Disponible sur: <https://www.cnaop.gouv.fr/le-pli-ferme.html>

¹⁴PONTE.C, L’accouchement dans l’anonymat, *Soins pédiatrie/puériculture*, septembre/octobre 2010, n°256 septembre/octobre 2010, p.45-46. (Consulté le 6 octobre 2019).

Les textes législatifs désignent la mère biologique comme la “mère de naissance”, et non la “mère” puisque la mère de l’enfant sera celle qui adoptera l’enfant et lui donnera son identité.

Dans l’accouchement sous le secret on parle beaucoup de la mère, mais on peut être amené à se demander quels droits à le père biologique. En effet, le père biologique peut reconnaître l’enfant avant sa naissance ou avant son placement. S’il parvient à faire connaître sa paternité avant l’adoption de l’enfant, il peut au même titre que la mère reprendre l’enfant, dans un délai de 2 mois après la naissance de l’enfant.

Après avoir évoqué le cadre législatif concernant l’accouchement sous le secret, il me semble important d’évoquer le futur de l’enfant, c’est à dire son parcours. En effet, une fois sortie du service de néonatalogie, que se passe-t-il pour l’enfant ?

c. Parcours de l’enfant

Suite à sa naissance, l’enfant sera transféré en service de néonatalogie pour être pris en soin. Il sera alors pris en charge par l’ASE (Aide Sociale à l’Enfance), au vue d’une adoption et un procès verbal sera établi. Dans le procès verbal figurera le consentement à l’adoption ainsi que les informations concernant la santé du père et de la mère si ces derniers le souhaitent. Ils peuvent aussi y inscrire les origines de l’enfant, les circonstances de la grossesse, ainsi que les raisons de l’accouchement sous le secret.¹⁵

Pour protéger l’enfant, une tutelle est mise en place par le préfet et le conseil de famille des pupilles de l’Etat.

L’enfant sera placé provisoirement en pouponnière ou en famille d’accueil en attendant l’adoption.

Des années plus tard, les personnes nées sous le secret peuvent rechercher leurs origines. Je vais donc évoquer la recherche des origines pour pouvoir comprendre l’ensemble des droits de l’accouchement sous le secret. Il me semble important d’en parler, d’autant plus qu’au

¹⁵ SERVICE PUBLIC, *L’accouchement sous X*, mars 2019. (Consulté le 2 janvier 2020). Disponible sur : <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F3136>

point de vue législatif, la dernière loi du 22 janvier 2002 concernant l'accouchement sous le secret y fait référence.

d. Recherche des origines CNAOP

Suite à la loi du 22 janvier 2002, le Conseil National pour l'Accès aux Origines Personnelles (CNAOP) a été mis en place. Il consiste à faciliter l'accès aux origines personnelles et donc la filiation.¹⁶

Le CNAOP s'adresse aux personnes pupilles de l'Etat qui seraient à la recherche de leurs origines, aux parents de naissance ayant demandé l'anonymat, ou encore aux proches des parents de naissance.

Les parents de naissance peuvent à tout moment contacter le CNAOP afin de lever cet anonymat. Pour les proches, ils peuvent contacter le CNAOP afin d'effectuer une déclaration d'identité.

Le CNAOP est composé de 17 membres: deux magistrats de l'ordre administratif et judiciaire, six représentants des ministères concernés, un représentant des conseils généraux, six représentants d'associations, deux personnalités qualifiées.

Dans chaque département sont présents des correspondants qui seront les interlocuteurs du CNAOP. Ils ont un rôle à jouer au moment de l'admission d'une femme en maternité envisageant l'accouchement sous secret, lors de cette naissance, et lorsque les enfants souhaitent rechercher leurs origines.

Lorsqu'une personne souhaite rechercher ses origines, il faut qu'elle prenne contact avec le correspondant départemental. Il lui remettra les pièces présentes dans son dossier, susceptible

¹⁶ France. ASSEMBLÉE NATIONALE ET SÉNAT. Loi n°2002-93 du 22 janvier 2002 relative à l'accès aux origines des personnes adoptées et pupilles et l'Etat. JORF du 23 janvier 2002 page 1519 texte n°2. (Consulté le 16 janvier 2020). Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000593077&categorieLien=id>

d'identifier l'identité de ses parents. Il peut aussi être chargé d'organiser une rencontre ou annoncer un décès.¹⁷

En 2018, le CNAOP a traité 1031 demandes écrites, dont:

- 920 demandes d'accès aux origines personnelles enregistrées (869 en 2017)
- 37 demandes d'accès aux origines personnelles non enregistrées (37 en 2017)
- 74 levées de secret et déclaration d'identité (74 en 2017)

En 2017, le CNAOP avait traité 980 demandes et 800 demandes en 2016. Le nombre de demandes traités est en constante augmentation.¹⁸

J'ai souhaité définir l'accouchement sous le secret, afin qu'on ait tous la même définition et qu'on puisse situer l'évolution de l'accouchement sous le secret en France. Je vais maintenant définir la profession d'infirmière puéricultrice en service de néonatalogie, puisque c'est dans ce service que la puéricultrice pourra être amenée à accompagner l'enfant né sous le secret.

II. L'accompagnement de l'infirmière puéricultrice en service de néonatalogie

Je vais dans cette seconde partie évoquer la profession de l'infirmière puéricultrice, ensuite je vais parler du service de néonatalogie où sera accueilli l'enfant né sous le secret, et enfin je vais définir la notion d'accompagnement.

a. L'infirmière puéricultrice

En 1947, après deux ans de guerre effroyable en Europe et un taux de mortalité qui avait fortement augmenté, la présence de professionnelles spécialisées s'imposa. Le Ministre de la

¹⁷ CONSEIL NATIONAL POUR L'ACCÈS AUX ORIGINES PERSONNELLES (CNAOP), Présentation du CNAOP, février 2009. (Consulté le 3 janvier 2020). Disponible sur: <https://www.cnaop.gouv.fr/presentation-du-cnaop-4.html>

¹⁸ CONSEIL NATIONAL POUR L'ACCÈS AUX ORIGINES PERSONNELLES, Rapport d'activité 2018, publié en 2019, 46 pages, PDF. (Consulté le 3 janvier 2020). Disponible sur: https://www.cnaop.gouv.fr/IMG/pdf/ra_version_finale.pdf

Santé de l'époque, Monsieur PRIGENT signa le décret instituant le Diplôme d'Etat de Puéricultrice. Profession qui fût ouverte à la population masculine en 1975.¹⁹

Par définition, la puéricultrice est: *“une infirmière spécialisée dans les soins médicaux apportés aux bébés et aux enfants. Elle joue également un rôle de prévention, d'éducation et de conseil auprès des parents”*²⁰. Elle possède donc le Diplôme d'Etat d'Infirmier et se spécialise dans le domaine de la puériculture pour obtenir le Diplôme d'Etat de Puéricultrice. Elle peut être amenée à exercer en milieu hospitalier (pédiatrie, néonatalogie, maternité) ou extra hospitalier (établissements d'accueil de jeunes enfants ou protection maternelle et infantile). Dans le cadre de mon projet professionnel, je vais cibler l'infirmière-puéricultrice en milieu hospitalier, notamment en service de néonatalogie.

Ses missions consistent à évaluer le développement physique et psychologique de l'enfant, ainsi que son état de santé, de promouvoir la santé de l'enfant de la naissance à l'adolescence et de veiller à la protection de l'enfance. Elle prend soin de l'enfant quelque soit son contexte familiale et sans aucun jugement.

*“Les activités de l'infirmière puéricultrice concourent à l'accompagnement de la fonction parentale et participent, dans le cadre de projets de soins et de projets éducatifs pluri-professionnels à la protection des enfants, à leur intégration dans la société, à la lutte contre les exclusions”*²¹. Ses actions comportent *“des soins de confort, la mise en oeuvre de thérapeutiques, dépistage, prévention et éducation, adaptées à l'âge, au développement moteur, psycho affectif et cognitif, et à l'autonomie de l'enfant”*²².

¹⁹ L'ASSOCIATION NATIONALE DES PUÉRICULTRICES DIPLÔMÉS ET ÉTUDIANTS (ANPDE), La spécialité de puéricultrice l'historique, 2018, 19 pages. (Consulté le 15 janvier 2020). Disponible sur: <https://www.anpde.asso.fr/la-profession>

²⁰ OFFICE NATIONALE D'INFORMATION SUR LES ENSEIGNEMENTS ET LES PROFESSIONS (ONISEP), Puéricultrice, mis à jour fréquemment. (Consulté le 15 janvier 2020). Disponible sur: http://www.onisep.fr/content/location/81117/version_longue

²¹ GASSIER J, SAINT-SAUVEUR C. *Le guide de la puéricultrice: prendre soin de l'enfant de la naissance à l'adolescence (en ligne)*. 5ème édition, Elsevier Masson, 2019, p 4-8. (Consulté le 18 juin 2020). Disponible sur : <https://books.google.fr/books>

²² GASSIER J, SAINT-SAUVEUR C. *Le guide de la puéricultrice: prendre soin de l'enfant de la naissance à l'adolescence (en ligne)*. 5ème édition, Elsevier Masson, 2019, p 4-8. (Consulté le 18 juin 2020). Disponible sur : <https://books.google.fr/books>

Dans le guide de la puéricultrice, sont définis les 8 compétences de la puéricultrice :

- *“Évaluer l'état de santé et le développement des enfants et des adolescents.*
- *Concevoir et conduire un projet de soins et d'éducation adapté à l'enfant.*
- *Mettre en oeuvre des soins adaptés aux enfants présentant des altérations de santé.*
- *Accompagner et soutenir les familles dans le processus de parentalité.*
- *Concevoir et mettre en oeuvre des activités de promotion de la santé de l'enfant et de protection de l'enfance.*
- *Organiser et coordonner les soins et les activités de développement et d'éveil pour des enfants et des adolescents.*
- *Gérer les ressources d'un service ou d'un établissement d'accueil d'enfants.*
- *Rechercher, traiter et produire des données professionnelles et scientifiques”*.²³

L'infirmière puéricultrice doit être capable d'identifier les besoins de l'enfant, de répondre à ces besoins, de promouvoir des actions de prévention, d'éducation, de recherche auprès des enfants, parents, et autres professionnels de santé. Elle sera amené à travailler en collaboration avec les autres professionnels, l'enfant et son entourage.

Elle doit posséder de nombreuses qualités tels que l'écoute, l'observation, la patience, l'aisance relationnelle et la bienveillance.

Après avoir défini la profession d'infirmière puéricultrice, je vais maintenant définir le service de néonatalogie puisque c'est dans ce service que sera accueilli l'enfant né sous le secret après sa naissance.

b. Le service de néonatalogie

La néonatalogie est une *“spécialité médicale qui a pour objet l'étude du fœtus et du nouveau-né avant, pendant et après la naissance, jusqu'au 28ème jour de vie.”*²⁴.

²³ GASSIER J, SAINT-SAUVEUR C. *Le guide de la puéricultrice: prendre soin de l'enfant de la naissance à l'adolescence (en ligne)*. 5ème édition, Elsevier Masson, 2019, p 4-8. (Consulté le 18 juin 2020). Disponible sur : <https://books.google.fr/books>

²⁴ LAROUSSE, Définitions de néonatalogie. (Consulté le 16 janvier 2020). Disponible sur : <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/n%C3%A9onatalogie/54211>

Ce service accueille les enfants prématurés mais aussi les enfants nés à terme présentant des pathologies diverses telles que des détresses respiratoires, des malformations diverses, des anomalies du développement ou des infections, ainsi que tout autre enfant en ayant besoin. C'est dans ce service que sera accueilli l'enfant né sous le secret après sa naissance.

Une équipe pluridisciplinaire est présente pour prendre en soin l'enfant et son entourage. Elle est composée de pédiatres, d'infirmières puéricultrices, d'infirmières, d'auxiliaires de puériculture, des psychologues, des assistantes sociales, des kinésithérapeutes ou des ergothérapeutes.

En service de néonatalogie, l'infirmière puéricultrice prodigue des soins médicaux et des soins de confort. Elle veille à accompagner l'entourage dans les gestes quotidiens de l'enfant et de les préparer à la sortie. Dans la situation d'enfant né sous le secret, elle veillera à accompagner la personne qui prendra en soin l'enfant à sa sortie.

Elle doit posséder des qualités d'observation et d'écoute afin de répondre aux besoins du nouveau-né. Il n'a pas encore accès à la parole, l'équipe soignante devra donc être attentive à son comportement et ses attitudes afin d'évaluer ses besoins. Elle devra aussi rassurer l'enfant et construire une relation de sécurité. La présence d'un soignant auprès de l'enfant lui amènera un cadre rassurant indispensable pour son développement.

D'après DOLTO.F, pédiatre et psychanalyste française du XXe siècle, *“l'enfant n'est pas un adulte en miniature, ni un singe savant, mais un être en devenir”*²⁵.

Après avoir évoqué la profession de puéricultrice et le service de néonatalogie, je vais maintenant définir la notion d'accompagnement

²⁵ SAUVERZAC, F.DOLTO. Editions les essentiels de Milan, 2008, 64 pages. (Consulté le 22 janvier 2020).

c. L'accompagnement

Comme évoqué précédemment, l'infirmière puéricultrice accompagne l'enfant et la personne qui le prendra en soin à la sortie du service, c'est pour cette raison que j'ai choisi de définir le concept d'accompagnement.

Le concept d'accompagnement vient du latin *ac*, qui signifie rapprochement, proximité, et de *compagnon* qui signifie "qui mange son pain avec"²⁶.

Il s'agit d'un concept qui est d'abord apparu dans le champ des soins palliatifs dans les années 1960-1970. Puis il a pris son essor dans les années 1990 dans les différents domaines d'activités comme la santé, le social, l'éducation,...

On peut parler d'accompagnement des soignants envers l'enfant et la personne qui s'en occupera, mais aussi de l'accompagnement de la personne qui s'en occupera vis-à-vis de l'enfant et de son développement. Face à l'enfant né sous le secret, ce sera les soignants et les personnes référentes qui accompagneront l'enfant et répondront à ses besoins.

Selon NUSS.M et GOHET.P, "*La démarche d'accompagnement signifie aller vers quelqu'un pour partager quelque chose avec lui. Elle suppose donc la reconnaissance de l'autre comme un autre moi-même, c'est à dire comme sujet de sa vie*"²⁷. L'accompagnement évoque la notion de lien et de partage entre plusieurs personnes. "*L'accompagnement désigne ce processus singulier qui relierait deux personnes de statut inégal, avec l'idée de partager quelque chose qui n'appartient ni à l'une, ni à l'autre*"²⁸.

La puéricultrice sera amené à accompagner l'enfant, à créer un lien avec lui et du partage. Cela demandera à la puéricultrice de la disponibilité, du respect, de l'empathie, de l'écoute, de la bienveillance et l'absence de jugement. "*Les pratiques d'accompagnement s'inscrivent*

²⁶ MOTTAZ.A-M, *Les concepts en Sciences Infirmières*, édition Mallet Conseil, 2012, 328 pages. (Consulté le 22 janvier 2020).

²⁷ NUSS M. GOHET P. *Former à l'accompagnement des personnes handicapées* (en ligne). Paris, Édition Dunod, 2007, 240 pages, p.27. (Consulté le 22 janvier 2020). Disponible sur : https://books.google.fr/books?id=gNIFa1cJeEsC&hl=fr&source=gbs_navlinks_s

²⁸ SALBREUX R, Editorial, *Contraste* (en ligne), 2006, n°24, 2006, p 5. (Consulté le 22 janvier 2020). Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-contraste-2006-1-page-5.htm#>

dans un contexte de soins où les soignants sont en recherche de mise en lien, de continuité et d'humanisation des actes professionnels”²⁹.

En 2016, le Ministère des affaires sociales et de la santé ainsi que le Ministère des familles, de l'enfance et des droits de la femme ont publié un “*guide de bonnes pratiques pour l'accompagnement d'une femme souhaitant accoucher dans le secret*”³⁰. Ce guide à destination des professionnelles comporte plusieurs parties, dont une sur l'accompagnement de l'enfant né sous le secret. Il évoque les actions essentielles à mettre en place afin d'optimiser l'accompagnement de ces enfants. Tout d'abord il est recommandé aux professionnelles qui s'occupent de l'enfant de prendre des photos de lui, de sa naissance jusqu'à sa sortie du service, afin de créer un album photo, qui sera remis à l'enfant plus tard. Cela permet à l'enfant d'avoir des souvenirs de sa naissance et de ses premiers moments. Un journal de vie pourrait aussi être mis en place, en racontant l'évolution quotidienne de l'enfant. L'assistante familiale ou la pouponnière où sera dans un premier temps accueilli l'enfant, pourront prendre le relais. Ils peuvent aussi lui laisser des objets, comme son bracelet de naissance, son premier biberon, etc.

De plus, le guide évoque le rôle important de l'équipe soignante face aux besoins de l'enfant, notamment à travers les soins, mais rappelle aussi qu'il faut “*l'entourer sur un plan affectif*”. Enfin, il est conseillé de nommer une personne référente parmi les professionnelles, qui servira de repère pour l'enfant.

Ainsi, pour pouvoir accompagner correctement l'enfant né sous le secret, la puéricultrice se doit de connaître les besoins de ce dernier. C'est pour ce fait, que je vais évoquer dans cette prochaine partie, l'enfant et ses besoins.

²⁹ MOTTAZ.A-M, *Les concepts en Sciences Infirmières*, édition Mallet Conseil, 2012, 328 pages. (Consulté le 22 janvier 2020).

³⁰ MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ, MINISTÈRE DES FAMILLES, DE L'ENFANCE ET DES DROITS DES FEMMES, *Guide de bonnes pratiques pour l'accompagnement d'une femme souhaitant accoucher dans le secret*, Annexe 2, mai 2016, Solidarité n°2016/4, page 20. (Consulté le 15 mai 2020). Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2016/16-04/ste_20160004_0000_0125.pdf

III. L'enfant

Je vais tout d'abord définir l'enfant, pour ensuite évoquer ses besoins ainsi que la notion d'attachement.

a. Définition

D'après la Convention Internationale relative aux Droits de l'Enfant datant de 1989, *“un enfant s'entend de tout être humain âgé de moins de dix-huit ans, sauf si la majorité est atteinte plus tôt en vertu de la législation qui lui est applicable”*³¹.

Le nouveau né est le terme utilisé pour un être humain qui vient de naître, et ce jusqu'à ses 28 jours de vie.

Le nourrisson est le terme utilisé pour l'enfant de 28 jours jusqu'à 2 ans.

Malgré son jeune âge, mais comme tout être humain, l'enfant possède des droits. La Charte Européenne de l'enfant hospitalisé, écrite en 1988 par plusieurs associations européennes définit dix droits de l'enfant hospitalisé. En lien avec mon sujet de recherche, je souhaite en citer trois:

- *“ Un enfant hospitalisé a le droit d'avoir ses parents ou leur substitut auprès de lui jour et nuit, quel que soit son âge ou son état,*
- *L'hôpital doit fournir aux enfants un environnement correspondant à leurs besoins physiques, affectifs et éducatifs, tant que le plan de l'équipement que du personnel et de la sécurité,*
- *L'équipe soignante doit être formée à répondre aux besoins psychologiques et émotionnels des enfants et de leur famille”*³².

³¹ ASSOCIATIONS EUROPÉENNES, Charte européenne de l'enfant hospitalisé, réalisé à Leiden en 1988. (Consulté le 2 février 2020). Disponible sur: https://www.sparadrap.org/sites/default/files/inline-files/charte%20europeenne%20des%20droits%20de%20enfants%20hospitalises_enfants.pdf

³² ASSOCIATIONS EUROPÉENNES, Charte européenne de l'enfant hospitalisé, réalisé à Leiden en 1988. (Consulté le 2 février 2020). Disponible sur: https://www.sparadrap.org/sites/default/files/inline-files/charte%20europeenne%20des%20droits%20de%20enfants%20hospitalises_enfants.pdf

Pour pouvoir accompagner correctement l'enfant, il me semble important d'évoquer ses besoins, afin de pouvoir, par la suite y répondre.

b. Les besoins de l'enfant

L'enfant est un être humain en croissance, et en évolution vers l'indépendance. Il devra être reconnu comme un être à part entière.

Il sera en constant développement. Comme l'adulte, l'enfant qui est né sous le secret ou non, aura des besoins auxquels il est important de répondre.

Pour ce fait, je me suis appuyer sur BRAZELTON.T, pédiatre, qui en 2003 a défini selon lui les 7 besoins fondamentaux de l'enfant, indispensables au bon développement. Parmi ces 7 besoins on y retrouve :

- *“le besoin de relations chaleureuses et stables”*: il s'agit pour l'enfant du besoin d'interaction émotionnelle avec un adulte ou un groupe restreint d'adultes. Ces interactions peuvent passer par le regard, les sourires, les mimiques qui vont permettre de rassurer l'enfant et produire un sentiment de protection. Pour ce fait, l'adulte qui prend soin de l'enfant doit savoir repérer les signaux que ce dernier lui envoie pour pouvoir réagir.
- *le besoin de protection physique, de sécurité et de régulation*; il est important que l'enfant puisse se sentir en sécurité avec l'adulte qui prend soin de lui, celui-ci devra veiller à tout dommage pouvant affecter l'enfant comme des dommages physiques, mais aussi psychologiques.
- *le besoin d'expériences adaptées aux différences individuelles*; il faut prendre en compte le fait que chaque enfant est unique, que son comportement émotionnel, ses relations et ses apprentissages seront propres à lui. Une approche individualisée est indispensable.
- *le besoin d'expériences adaptées au développement*; tout au long de sa croissance, l'enfant passe par différentes phases de développement. Ces différentes phases évoluent chez l'enfant de manière individuelle. Il est donc important pour l'adulte qui en prend soin de s'adapter à l'enfant en fonction de son développement.

- *le besoin de limites, de structures et d'attentes*; un enfant a besoin d'un cadre rassurant. Les limites posées par l'adulte doivent être comprises par l'enfant et surtout l'accompagner. Fixer des limites, des structures aident l'enfant à se construire, favorisant l'autodiscipline.
- *le besoin d'une communauté stable, de son soutien, de sa culture*; l'enfant doit être dans un milieu où il se sent intégré et accepté dans sa communauté (langue, culture, relation). Outre l'entourage familial, on peut évoquer l'école, la personne assurant la garde, ou le monde du travail.
- *le besoin de protection de notre avenir*³³, il est important de laisser à l'enfant un cadre rassurant, lui permettant son développement physique et psychologique.

L'infirmière puéricultrice ne pourra répondre à tous ces besoins évoqué par BRAZELTON.T, comme notamment *le besoin d'une communauté stable, de son soutien, de sa culture*, mais va pouvoir tout mettre en oeuvre dans sa prise en soin pour répondre au maximum à ces besoins, d'autant plus auprès de l'enfant né sous le secret puisqu'elle sera une des seules personnes avec l'assistante familiale ou la personne représentant la pouponnière auprès de l'enfant.

Face à cette prise en soin particulière, dû à l'absence des parents, une relation d'attachement pourra se créer entre l'infirmière-puéricultrice et l'enfant. En effet, il s'agit d'un concept fréquemment évoqué dans mes lectures, que je vais maintenant définir.

c. L'attachement

L'attachement est un lien affectif qu'établit une personne avec une autre. Il s'agit principalement du lien entre le bébé et la personne qui en prend soin (généralement la mère ou le père). Face à l'enfant né sous le secret, l'attachement se fera généralement avec un professionnel du service qui le prend en soin, un référent de l'ASE, une assistante familiale, ou un référent de la pouponnière.

³³ OBSERVATOIRE NATIONAL DE LA PROTECTION DE L'ENFANCE (ONPE), Les besoins fondamentaux de l'enfant et leur déclinaison pratique en protection de l'enfance, octobre 2016, 125 pages, p.3. (Consulté le 24 février 2020). Disponible sur: https://www.onpe.gouv.fr/system/files/publication/notedactu_besoins_de_lenfant.pdf

Selon BOWLBY, psychiatre et psychanalyste, l'attachement répond à un besoin primaire; c'est à dire dérivé d'aucun autre, c'est un besoin vital pour le développement de l'enfant.³⁴

*“ Pourtant l'attachement est loin d'être anodin. Par sa présence ou par son absence, par la forme qu'il prend, il a des conséquences sur le bien être immédiat de l'enfant, sur son développement et sur son avenir ”*³⁵.

Selon SCHUHL.C, éducatrice de jeunes enfants *“ Pour le tout petit, l'attachement est vital. C'est un lien fondamental qui se construit au fil du temps, au fil des relations.. Il s'élabore dans la rencontre, il se tisse par les soins et l'attention que l'adulte porte à l'enfant. L'attachement ne naît pas d'une préférence mais bien d'un véritable sentiment de sécurité, à partir duquel l'enfant se construit. C'est un processus que la psychologie et la psychanalyse ont exploré et qu'il est intéressant de comprendre pour que les pratiques professionnelles puissent faire écho à ce besoin vital ”*³⁶.

L'attachement est un lien qui se construit graduellement. Il se construit dès les premières heures de vie avec des échanges de regards, de la communication verbale ou non verbale, ainsi qu'une sensation de bien être que cet attachement prodigue.

Selon BOWLBY, l'attachement servirait de base de sécurité pour l'enfant lui permettant d'explorer plus facilement son environnement, sachant qu'un lieu ou une présence rassurante permettrait de faire face à d'éventuel stimulus désagréable.³⁷

³⁴ TERENA S, SOARES I, MARTINS E, et al. La théorie de l'attachement: son importance dans un contexte pédiatrique, *Devenir* (en ligne), volume 19, Médecine et Hygiène, 2007, pages 151 à 188. (Consulté le 25 février 2020). Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-devenir-2007-2-page-151.htm>

³⁵ NOEL L, *Je m'attache, nous nous attachons*. Le lien entre un enfant et ses parents, Editions sciences et culture Montréal, 3003, p 253. (Consulté le 3 avril 2020).

³⁶ POTTIER M, *Dictionnaire encyclopédique des soins infirmiers* (en ligne). Lamarre, 2002, 361 pages. (Consulté le 28 février 2020).

³⁷ TERENA S, SOARES I, MARTINS E, et al. La théorie de l'attachement: son importance dans un contexte pédiatrique, *Devenir* (en ligne), volume 19, Médecine et Hygiène, 2007, pages 151 à 188. (Consulté le 25 février 2020). Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-devenir-2007-2-page-151.htm>

A la suite des travaux de BOWLBY, AINSWORTH.M à établi 3 types d'attachement³⁸ propre au bébé :

- L'**attachement insécur ambivalent/anxieux**: ce sont des interactions entre la figure d'attachement et l'enfant mais sans véritable partage affectif. C'est caractérisé par une hypervigilance anxieuse (surprotection) ou au contraire désintérêt ou négligence.
- L'**attachement insécur évitant**: ce sont peu d'interactions entre la figure d'attachement et l'enfant. C'est caractérisé par un manque d'attention de la figure d'attachement pour l'enfant. L'enfant est "indépendant" et peut compter que sur lui-même.
- L'**attachement sécur**: la figure d'attachement répond aux besoins de l'enfant. La relation est fluide et les réactions cohérentes et appropriées. A 12 mois on retrouve des enfants plus actifs et plus enthousiastes dans la vie quotidienne.

Lorsqu'on parle de figure d'attachement, on désigne la personne vers laquelle l'enfant va diriger son attachement.

*“ Si c'est le plus souvent la mère biologique qui devient la première et principale figure d'attachement, cela n'est absolument pas exclusif. Toute personne se trouvant dans ce type d'interaction avec l'enfant peut également le devenir, que ce soit une nourrice ou une mère adoptive ”*³⁹.

Face à l'enfant né sous le secret, un lien d'attachement peut se créer entre l'infirmière-puéricultrice et enfant, ce qui véhiculera en elle diverses émotions. Je vais maintenant évoquer les émotions des soignants.

³⁸ TERENA S, SOARES I, MARTINS E, et al. La théorie de l'attachement: son importance dans un contexte pédiatrique, *Devenir* (en ligne), volume 19, Médecine et Hygiène, 2007, pages 151 à 188. (Consulté le 25 février 2020). Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-devenir-2007-2-page-151.htm>

³⁹ ATGER F. Attachement et adoption, *Le journal des Professionnels de l'Enfance*, janvier/février 2009, n°56, p 62. (Consulté le 28 février 2020).

IV. Les émotions des soignants

Dans cette dernière partie de mon cadre théorique, je vais tout d'abord définir les émotions, puis parler des différentes émotions et la gestion de celles-ci, pour enfin évoquer la notion de juste distance.

a. Définition

Le mot “émotion” vient du latin *motio* qui signifie “mouvoir”, le mouvement.⁴⁰

L'émotion est synonyme “d'affect”, de “sentiment”, enclenchant un ensemble de réactions observables chez l'homme.

J'ai pu lire que les termes “émotion” et “sentiment” étaient souvent associés, pourtant ils présentent des divergences.

En effet, l'émotion est: “*Une expression verbale ou physique réactive, involontaire ou non, de personne affectée par la joie, la douleur, la colère, le chagrin, la perte,..*”⁴¹.

Tandis que le sentiment est: “*Un état affectif complexe et durable lié à certaines émotions ou représentation*”⁴². Ces deux termes sont étroitement liés puisque le sentiment se construit suite à une émotion. L'émotion vécue est immédiate, causée par un stimulus, tandis que le sentiment se construit un peu plus tard, lorsqu'on évalue notre comportement. L'émotion induit une manifestation réactionnelle alors que le sentiment non.

Pour FORTIN.B, titulaire d'une licence en science pédagogique, l'émotion engage à la fois le corps et l'esprit : “*l'émotion comporte: une expérience subjective (joie, tristesse, colère, peur, etc); une expression communicative neurovégétatives ou d'inhibition (mimique, gestuelle, posture, etc); des modifications neurovégétatives et endocriniennes*”⁴³. L'émotion n'est pas juste une sensation, elle s'accompagne aussi de diverses manifestations.

⁴⁰ LAROUSSE, Définition émotion. (Consulté le 28 février 2020). Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/%C3%A9motion/28829>

⁴¹ PAILLARD.C, *Dictionnaire humaniste infirmier - Approche et concepts de la relation soignant-soigné*. Setes, 2013, p.108. (Consulté le 2 mars 2020).

⁴² LAROUSSE, Définition sentiment. (Consulté le 28 février 2020). Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/sentiment/72138>

⁴³ BOUILLERCE B, STOIBER C. *Stress, émotions, épuisement chez l'aide-soignante*, 2ème édition, Elsevier Masson, 2018, 184 pages. (Consulté le 4 mars 2020).

Pour LELORD.F et ANDRE.C, il s'agit d'une réaction soudaine avec "des composants physiologiques (notre corps), cognitives (notre esprit) et comportementales (nos actions)"⁴⁴.

Le processus émotionnel se déroule en trois étapes⁴⁵:

- notre cerveau réagit à l'environnement et crée une image
- cette image va engendrer une émotion
- cette émotion va déclencher une action

Elles sont propres à chaque individu et seront vécues différemment selon le parcours et l'expérience de chacun. Face à l'enfant né sous le secret, chaque professionnel ne vivra pas les mêmes émotions, ni de la même manière.

Les émotions peuvent être agréables ou au contraire, désagréables et vont orienter le comportement de l'individu.

La cause de ces émotions n'est pas toujours envisageable: "*Leur cause tout comme leur signification ou leur intensité peuvent rester incompréhensibles au sujet même qui les reçoit et les produits*"⁴⁶. Les émotions sont involontaires et leur déclenchement est automatique. Pour nous aider à identifier ces émotions, il semble important de les connaître, c'est pour cela que je vais maintenant évoquer les différentes émotions.

b. Les différentes émotions

DARWIN.C, naturaliste anglais du XIXe siècle, a mené plusieurs études sur l'Homme et son processus d'évolution. Dans son livre nommé "*L'expression des émotions chez les hommes et les animaux*", rédigé en 1872, DARWIN.C pose plusieurs hypothèses concernant les

⁴⁴ LELORD.F, ANDRE.C, *La force des émotions: amour, colère, joie* (en ligne). Odile Jacob, mars 2001, 396 pages. (Consulté le 4 mars 2020). Disponible sur : https://books.google.fr/books?id=ha-Mt3OqVtsC&dq=LELORD.F,+ANDRE.C,+La+force+des+%C3%A9motions:+amour,+col%C3%A8re,+joie&lr=&hl=fr&source=gbs_navlinks_s

⁴⁵ BOUILLERCE B, STOIBER C. *Stress, émotions, épuisement chez l'aide-soignante*, 2ème édition, Elsevier Masson, 2018, 184 pages. (Consulté le 4 mars 2020).

⁴⁶ MIGNON.P, NAIN.C, BASS.D, *Professionnels de la petite enfance: au risque des émotions* (en ligne). Editions Eres, 2009, 160 pages. (Consulté le 4 mars 2020). Disponible sur : https://books.google.fr/books?id=H545dJw8iIYC&dq=MIGNON.P,+NAIN.C,+BASS.D,+Professionnels+de+la+petite+enfance:+au+risque+des+%C3%A9motions&lr=&hl=fr&source=gbs_navlinks_s

émotions. Selon lui, les émotions sont universelles, c'est à dire qu'on peut les retrouver dans toutes les cultures et les pays, et elles sont adaptatives.⁴⁷

Des années plus tard, dans les années 1990, EKMAN.P, psychologue américain, s'appuie sur les recherches de DARWIN pour identifier selon lui 6 émotions fondamentales⁴⁸. Pour chacune de ces émotions, le visage se modifierait. Ces six émotions primaires sont:

- ❖ **La peur** : émotion qui survient lorsque l'individu se sent en danger ou dans une situation inconnue. Elle se manifeste principalement par des yeux grands ouverts, des tremblements et cris. Elle sert à se protéger et à anticiper. La peur peut mener à la panique.
- ❖ **La colère** : émotion qui survient suite à une agression qui peut être physique ou morale, une injustice ou une frustration. Elle se manifeste par une voix forte, des cris, un afflux de chaleur et d'énergie. Elle permet à l'individu de s'affirmer, de défendre ses valeurs et son intégrité. Elle peut amener à la fureur.
- ❖ **La tristesse** : émotion qui survient suite à un événement triste comme une séparation, une perte. Elle se manifeste principalement par un repli sur soi et des larmes. Elle sert à faire le deuil, et à obtenir du réconfort.
- ❖ **Le dégoût** : émotion qui survient lorsque l'individu est face à une situation, ou une odeur écoeurante, un événement répugnant. Elle peut être mêlée à la colère ou à la tristesse et peut se manifester par des spasmes gastriques.
- ❖ **La surprise** : émotion sensorielle qui survient lorsque l'individu est face à une situation où il analyse l'environnement pour ensuite passer par une émotion suivante qui peut être de la joie ou de la tristesse. Elle se manifeste par de l'étonnement puis de la stupéfaction.
- ❖ **La joie** : émotion qui survient lorsque l'individu se sent en sécurité, en situation de réalisation de soi, d'amour. Elle se manifeste par des sourires, des rires, des danses, ou encore des chants. Elle sert à se construire et à partager.

⁴⁷ MAURY L, *Les émotions de Darwin à Freud* (en ligne). Puf Philosophies, février 1993, 128 pages. (Consulté le 28 février). Disponible :

https://books.google.fr/books?id=bowKCwAAQBAJ&dq=+MAURY+L,+Les+%C3%A9motions+de+Darwin+%C3%A0+Freud+&lr=&hl=fr&source=gbs_navlinks_s

⁴⁸ JOURNET N, en entretien avec EKMAN P. *La culture de l'universel au particulier: le langage naturel des émotions (en ligne)*, Editions Sciences Humaines, 2002, 378 pages, p. 29 à 37. (Consulté le 4 mars 2020). Disponible sur : <https://www.cairn.info/la-culture--9782912601179-page-29.htm>

Ces émotions fondamentales, dites primaires, servent de bases à l'élaboration d'émotions secondaires comme l'amusement, le contentement, la fierté, le soulagement, la satisfaction, l'excitation, la haine, la culpabilité, ou la honte.

Dans la situation d'enfant né sous le secret, toutes ces émotions peuvent être ressenties par l'infirmière-puéricultrice.

Ces émotions peuvent être fortes, et vécues différemment selon chaque individu. Toutefois, l'expression de ses sentiments n'est pas facile, il faut savoir trouver les mots pour justifier ce qu'on ressent.

Afin d'y faire face, chacun trouve des moyens pour gérer ses émotions. Je vais donc évoquer la gestion des émotions du soignant.

c. La gestion des émotions du soignant

*“Ces émotions vécues comme interdites, les professionnels sont parfois bien frileux ou craintifs”*⁴⁹. Dans certains services hospitaliers, les émotions ne sont pas toujours les bienvenues, et on peut souvent entendre qu'il faut “taire ses émotions” ou “les laisser à la maison”. Laisser véhiculer ses émotions pourrait faire de nous de “mauvais soignant”. Pourtant, comme vu précédemment, les émotions sont des réactions dites normales de notre corps.

Pour MICHON.F, cadre de santé, *“le soignant, pour prendre soin de l'autre, doit accepter que ses émotions fassent partie intégrante de sa personnalité et doit les légitimer. Il fait preuve alors “d'intelligence émotionnelle” en connaissant lui-même ses propres émotions et en les maîtrisant”*⁵⁰. Connaître ses émotions permettrait aux soignants de ne pas se laisser envahir par ces derniers et avoir une réaction adaptée à la situation.

⁴⁹ MIGNON.P, NAIN.C, BASS.D, *Professionnels de la petite enfance: au risque des émotions* (en ligne). Editions Eres, 2009, 160 pages. (Consulté le 4 mars 2020). Disponible sur : https://books.google.fr/books?id=H545djw8iIYC&dq=MIGNON.P,+NAIN.C,+BASS.D,+Professionnels+de+la+petite+enfance:+au+risque+des+%C3%A9motions&lr=&hl=fr&source=gbs_navlinks_s

⁵⁰ MICHON F, Les relations interpersonnelles avec la personne soignée et la notion de juste distance, *Revue Soins*, mars 2013, n°773, p 34. (Consulté le 6 mars 2020).

L'ouvrage "Stress, émotions et épuisement chez l'aide soignante"⁵¹, propose l'outil "DEPA". Le sigle DEPA signifie: Dire, Exprimer, Proposer quelque chose, et mettre en conséquence les Avantages. C'est un outil qu'on peut retrouver dans différents services et qui permettrait à l'équipe de faire face à ses émotions, en prendre conscience, savoir l'exprimer, et leur permettre de mieux les gérer. Dans ce même sens, il est conseillé d'en parler à quelqu'un, faire du sport, ou une activité permettant de relâcher la pression émotionnelle vécue professionnellement.

La gestion des émotions doit s'inscrire dans une perspective globale: individuelle, collective et organisationnelle. Tout d'abord, l'individu doit en prendre conscience. Au niveau collectif, il doit y avoir un rôle de soutien, permettant aux professionnelles de pouvoir en discuter. Enfin, au niveau de l'organisation, il faut une valorisation et de la reconnaissance des émotions. Dans certains services, un soutien psychologique individuel ou en groupe peut être mis en place.

Face à des difficultés émotionnelles, l'infirmière puéricultrice peut, consciemment ou inconsciemment, mettre en place des mécanismes de défenses, comme l'évitement, le mensonge, l'esquive ou la fausse réassurance. Elle peut mettre en place ces mécanismes sans s'en rendre compte, pour se protéger.

Après avoir défini les différentes émotions, et la gestion de celles-ci, je vais maintenant évoquer la notion de juste distance, fréquemment évoqué dans la relation soignant-soigné. Pour se protéger doit-on mettre une juste distance dans notre relation avec l'enfant né sous le secret ?

d. La notion de juste distance

Lors de nos formations, la notion de juste distance dans la relation soignant-soigné est souvent évoquée.

⁵¹ BOUILLERCE B, STOIBER C. *Stress, émotions, épuisement chez l'aide-soignante*, 2ème édition, Elsevier Masson, 2018, 184 pages. (Consulté le 4 mars 2020).

Juste distance, ou aussi appelée distance professionnelle, permet de comprendre le positionnement du soignant dans la relation soignant soigné.

Lorsqu'on accompagne l'enfant, un lien d'attachement peut se créer, d'autant plus lorsqu'il est seul, sans parents. Le soignant doit alors savoir évaluer où se situe la juste distance.

La juste distance dépend à la fois de la puéricultrice, en fonction de son histoire, son vécu et son expérience, mais aussi de la situation et du contexte. Dans le cadre de l'accompagnement d'un enfant né sous le secret, la juste distance va être émotionnellement impactée.

LEMAY.M, évoque *“Nous nous trouvons face à des sujets dont la demande relationnelle est si intense et si conflictuelle qui nous faut maintenir un certain degré de mise à distance pour ne pas être dévoré et pour ne pas induire de trop fréquents phénomènes de brisure”*⁵².

Il faut veiller à garder cette juste distance avec l'enfant, à ne pas trop s'impliquer dans la relation afin de se protéger et en protégeant par la même occasion l'enfant.

Mais il ne faut pas être trop distant, car cela pourrait avoir des répercussions sur notre relation avec l'enfant et ses besoins. Il faut savoir trouver la juste distance.

Selon la psychologue MALLEM.E: *“une bonne distance professionnelle doit permettre de tenir la souffrance à un niveau qui permet de travailler avec elle afin de dégager le manque à combler, l'atteinte à réparer (...). Travailler la distance professionnelle, ce sera travailler les “limites”. Il s'agit de créer une bonne peau qui protège tout en permettant d'échanger avec le monde”*⁵³.

La juste distance professionnelle sera propre à chaque individu, en fonction de son parcours et de son histoire.

⁵² LEMAY.M, *J'ai mal à ma mère* (en ligne). Editions fleurus psycho-pédagogie, Espagne, 1979, 376 pages, p.75. (Consulté le 7 mai 2020). Disponible sur : https://books.google.fr/books?id=snAFBAAQBAJ&dq=LEMAY.M,+J%E2%80%99ai+mal+%C3%A0+ma+m%C3%A8re&lr=&hl=fr&source=gbs_navlinks_s

⁵³ MALLEM.E, La distance professionnelle. *Objectif Soins*, n°136, mai 2005, p 22. (Consulté le 4 mars 2020).

Selon PRAYEZ.P, la juste distance 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*”⁵⁴.

La juste distance dans la relation soignant-soigné est essentielle dans l’accompagnement de l’enfant.

Dans ce cadre conceptuel, j’ai défini les mots-clés et concept qui me semble essentiel de connaître et comprendre. J’ai ensuite rédigé une question de recherche, ainsi que des hypothèses qui seront confirmées ou non.

Ma question de recherche est:

“En quoi les émotions vécues par l’infirmière puéricultrice peuvent-elles interférer positivement dans l’accompagnement de l’enfant né sous le secret en service de néonatalogie ?”.

Les hypothèses que j’ai élaboré :

Hypothèse 1 : *La juste distance dans l’accompagnement facilite la gestion des émotions de la puéricultrice face à l’enfant né sous le secret.*

Hypothèse 2 : *L’expérience professionnelle de la puéricultrice lui permet de mieux appréhender ses émotions dans l’accompagnement de l’enfant né sous le secret*

⁵⁴ PRAYEZ.P, *Distance professionnelle et qualité du soin*, Lamarre, 2009, p 5. (Consulté le 4 mars 2020).

PARTIE 2 : ENQUÊTE EXPLORATOIRE

I. Réalisation de l'enquête

a. Choix des outils

Mon outil d'exploration sera des entretiens semi-directifs.

L'entretien semi-directif est « *une technique de collecte de données qui contribue au développement de connaissances favorisant des approches qualitatives et interprétatives relevant en particulier des paradigmes constructivistes* »⁵⁵.

J'ai préféré ce choix plutôt que des questionnaires, car avec les entretiens, il y a une discussion avec le professionnel en direct, ainsi on peut rebondir face à ses réponses, et reformuler nos questions si elles n'ont pas été explicites.

Ces entretiens me permettront de prendre en compte les pauses ou hésitations des professionnels, qui pourront m'être utiles lors de l'analyse.

Ils peuvent aussi, au travers de ces entretiens, m'expliquer leur pratique professionnelle, et donner des exemples de situations vécues.

Le but de ces entretiens est de tenter de trouver des réponses à mes questionnements, mais aussi d'en faire un temps d'échange et de partage avec les professionnels.

Pour réaliser ces entretiens et pour n'omettre aucun thème, j'ai défini une grille avec quelques questions. Cette grille ne sera pas forcément suivie tout au long de l'entretien puisque les questions seront adaptées face aux réponses données. Les questions seront majoritairement des questions semi-ouvertes et ouvertes, afin de laisser libre réponse au soignant, et éviter au maximum quelque influence.

Mon outil d'enquête possède donc un aspect qualitatif.

⁵⁵ IMBERT.G, L'entretien semi-directif: à la frontière de la santé publique et de l'anthropologie, *Recherches en soins infirmiers*, 2010, n°102, p 23-24. (Consulté le 14 mai 2020).

b. Choix de la population

J'ai fais le choix de réaliser mes entretiens auprès d'infirmières-puéricultrices travaillant en service de néonatalogie. Je souhaiterai qu'elles aient déjà dû prendre en soin un enfant né sous le secret. De plus, j'aimerais pouvoir réaliser des entretiens avec des infirmières-puéricultrices ayant de l'expérience dans la profession et d'autres plus novices, afin de pouvoir confronter les pratiques.

Sur le terrain, j'ai pu réaliser quatre entretiens avec des puéricultrices travaillant en service de néonatalogie, ayant chacune pris en soin plusieurs enfants nés sous le secret, avec certaines ayant plus d'expériences et d'autres plus novices.

c. Choix des structures

J'ai souhaité réaliser ces entretiens dans plusieurs services de néonatalogie, dans différents centres hospitaliers, qu'ils soient publics ou privés, pour voir les différentes pratiques des services et pouvoir les confronter. J'ai pu réaliser ces entretiens dans deux centres hospitaliers différents, un public et un privé.

d. Construction de l'enquête

Pour réaliser cette enquête, j'ai réalisé une grille d'entretien disponible en annexe 1. Elle était constituée de sept questions ouvertes, en lien avec les hypothèses élaborées. Après avoir réalisé cette grille d'entretien, j'ai contacté par téléphone les cadres de plusieurs services de néonatalogie afin de savoir s'il était possible de réaliser des entretiens dans leur service. J'ai pu avoir deux réponses positives, auxquels j'ai envoyé ma grille d'entretien par mail, et qui m'ont par la suite donné leur autorisation pour réaliser ces entretiens. La seule condition était qu'au vue du contexte sanitaire actuel, les entretiens seraient réalisés par téléphone.

e. Réalisation

J'ai contacté par téléphone les puéricultrices aux heures convenues avec la cadre du service. Après m'être présentée, je les ai informées que l'entretien allait être enregistré pour pouvoir

par la suite le retranscrire, l'analyser et qu'il serait anonyme. Je leur ai dit que le thème de mon mémoire portait sur la puéricultrice face à l'enfant né sous le secret. J'ai fait le choix de ne pas en dire davantage sur le thème de mon mémoire notamment pour ne pas influencer leurs réponses. Les entretiens ont duré entre dix et seize minutes chacun.

Lors de ces entretiens, les quatre professionnelles se sont toutes installées dans une pièce isolée, afin d'être au calme et de n'être pas dérangées pour pouvoir répondre à mes questions. L'entretien numéro 2, que je trouve le plus pertinent se trouve en annexe 2. La puéricultrice a pris plaisir à répondre et à argumenter face à mes questions. De plus, lorsqu'un enfant né sous le secret se trouve dans son service, elle prend plaisir à s'en occuper.

II. Analyse des entretiens

a. Analyse

Les professionnelles que j'ai eu au téléphone avaient toutes des parcours professionnels différents.

Pour l'analyse des entretiens, je décide de nommer chacun de mes intervenants par: puéricultrice 1, puéricultrice 2, puéricultrice 3 et puéricultrice 4.

Pour commencer l'entretien, je leur ai d'abord demandé des renseignements sur leur profession, leur âge, les années de leurs diplômes infirmier et puéricultrice, ainsi que les différents lieux où elles ont exercés, afin de connaître le profil des personnes interrogées. J'ai regroupé ces données dans un tableau.

	Puéricultrice 1	Puéricultrice 2	Puéricultrice 3	Puéricultrice 4
Fonction	Puéricultrice	Puéricultrice	Puéricultrice	Puéricultrice
Âge	54 ans	31 ans	29 ans	28 ans
Année diplôme	1989	2009	2013	2012

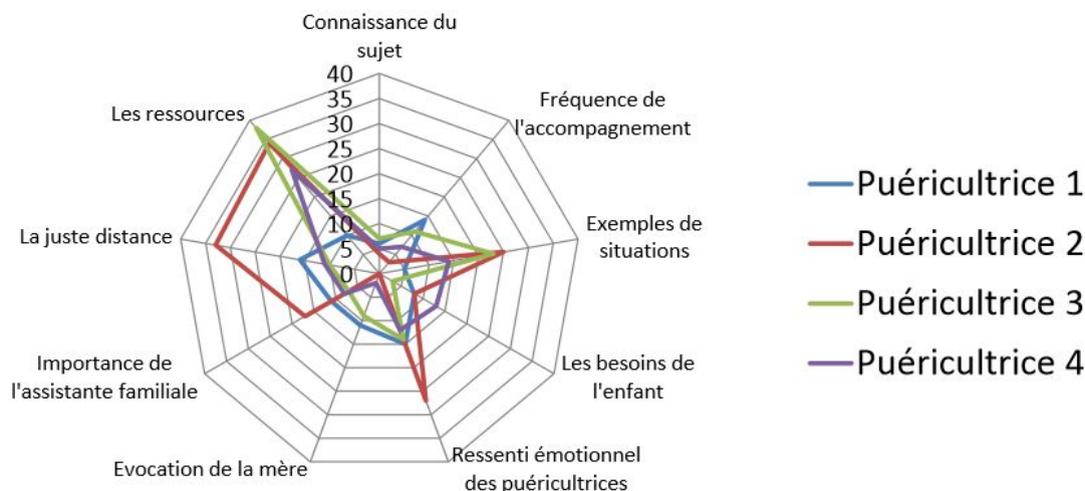
infirmière				
Année diplôme puéricultrice	1996	2010	2014	2013
Parcours professionnel	Infirmière: - neurologie - gériatrie Puéricultrice: - réanimation néonatalogie - néonatalogie - conseillère en lactation	Puéricultrice: - responsable babyclub Club Med - pédiatrie - hôpital de jour - néonatalogie	Puéricultrice: - maternité - néonatalogie	Puéricultrice: - néonatalogie

J'ai tout d'abord retranscrit chaque entretien, pour pouvoir ensuite les analyser.

Pour les analyser, j'ai choisi la méthode de Laurence Bardin que j'ai utilisée lors de mon mémoire infirmier. Avec cette méthode il s'agit de classer les paroles de chaque professionnel en unité de sens, que j'ai ensuite classé dans un tableau avec des thèmes et des sous-thèmes, disponible en annexe 3. Ainsi, j'ai pu observer les thèmes mis en avant par les professionnels.

Par la suite, j'ai créé un radar, pour mettre en valeur les thèmes ressortants selon chaque professionnel. Le tableau regroupant les thèmes avec les unités de sens est disponible en annexe.

Radar mettant en évidence les thèmes abordés selon les professionnelles



A partir de mon tableau d'analyse et en fonction du nombre d'unités de sens selon chaque thème et chaque professionnelle, j'ai fait un radar afin de mettre en évidence les thèmes les plus abordés et ceux moins abordés.

Le thème le plus évoqué par la puéricultrice 1 est la notion de juste distance, tandis que pour les puéricultrices 2, 3 et 4 ce sont les ressources personnelles et institutionnelles.

Le thème qui ressort le moins est "l'évocation de la mère", justifiable puisque j'évoquais l'enfant né sous le secret et les soignants, mais je n'ai jamais évoqué la mère dans mes questions.

La toute première question que je leur ai demandée était "Connaissez-vous ce sujet avant d'entrer dans le service ?". Il me semblait intéressant de poser cette question, car comme évoqué dans le cadre théorique, les accouchements sous secret ont longtemps été un sujet tabou, dont on parlait peu, qui a fait son essor ces dernières années avec les dernières lois ainsi que diverses adaptations cinématographiques ou bibliographiques. Je voulais aussi à travers cette question savoir comment elles avaient eu connaissance de ce sujet.

La puéricultrice 1 n'avait pas connaissance de la thématique de l'enfant né sous le secret avant de travailler dans le service de néonatalogie en 1996. Je mettrai en lien le fait qu'il s'agissait d'une thématique peu évoquée à l'époque. Pour les puéricultrices 2, 3 et 4, ayant réalisé leur formation plus récemment, elles avaient toutes connaissances de ce sujet avant d'entrer dans le service. C'est une thématique dont elles avaient connaissance grâce aux cours

lors de leur formation de puéricultrice mais qui restait abstraite car elles n'avaient jamais été amené à en accompagner en stage ou dans leur pratique professionnelle. La puéricultrice 2 en avait entendu parler avant même la formation, tout comme la puéricultrice 3 qui avait connaissance de cette thématique au travers des informations télévisées.

La seconde question que je leur ai demandée était de savoir si elles avaient déjà été amenées à accompagner des enfants nés sous le secret. L'objectif de cette question était de savoir si au cours de leur expérience professionnelle, elles avaient été confrontées à cette situation, car il s'agissait d'un des mes critères d'inclusions. De plus, je leur ai demandé à quelle fréquence avait-elles accompagnées ces enfants, pour voir si cela pouvait avoir une incidence sur leur pratique. La puéricultrice 1 a fréquemment rencontré ces situations, soit plus de quinze fois. Les puéricultrices 2, 3 et 4 ont été amenées à accompagner plus ou moins dix enfants nés sous le secret dans leur carrière. Les puéricultrices 1 et 3 m'ont précisé que c'était périodique, qu'elles peuvent en avoir un sur quatre mois puis après ne plus en avoir pendant un an. En général, elles ont toutes été d'accord pour me dire que dans les deux centres hospitaliers où elles exercent, le service de néonatalogie accueille environ trois enfants nés sous le secret par an.

Ensuite je leur ai demandé comment avaient-t-elles vécues ces accompagnements. J'avais pu lire dans la revue professionnelle à l'origine de mon questionnement que "*Les soignants sont poussés dans leurs retranchements*"⁵⁶. Mais de quels retranchements parlent-elles ? Qu'est ce que ces situations ont suscité ? En répondant à cette question, elles ont tout d'abord commencé par évoquer selon elles les besoins de ces enfants. La puéricultrice 1 ressent que "*ces enfants ont besoin de deux fois plus d'attention, besoin qu'on leur parle, qu'on leur explique la situation*". Elle souhaite prendre plus de temps dans les soins avec ces enfants, et de "*remplacer un petit peu une maman*". Pour justifier cela, elle a insisté sur l'importance d'être plus entourante avec ces enfants et d'être là quand ils pleurent. La puéricultrice 2 a moins évoqué les besoins de ces enfants, mais selon elle les nouveaux-nés "*ont besoin de beaucoup de peau à peau, de paroles de parents et de présence autour d'eux*". De ce fait, elle va essayer de donner toute son attention au nouveau-né et des repères à cet enfant. La

⁵⁶ BROSOLO Vanessa, Prise en charge d'un enfant né sous le secret en néonatalogie, *Soins pédiatrie-puériculture*, janvier/février 2015, n°282, p 43-47. (Consulté le 6 octobre 2019).

puéricultrice 3 a évoqué le besoin de câlins pour ces enfants, auxquels elle essaie d'y répondre en prenant plus de temps avec eux et en les câlinants. Enfin, pour la puéricultrice 4, *“ces enfants ont besoin d'attention, car contrairement à des enfants classiques, ce sont des enfants dont les parents ne viennent pas, donc ils n'auront pas de visites, pas de câlins, et sont seuls dans leur chambre”*, donc dès que l'activité du service le permet, elle essaie de passer du temps avec eux et de les prendre dans les bras.

Les quatre puéricultrices ont toutes plus ou moins évoqué les besoins de ces enfants à travers cette question. Le fait de prendre plus de temps dans les soins avec ces enfants, les câliner, leur parler, etc, répond au besoin de relations chaleureuses et stables vue précédemment parmi les besoins fondamentaux selon BRAZELTON.T. Il s'agit d'interaction entre l'enfant et un groupe restreint d'adultes qui passent par le regard, les sourires, les mimiques, qui vont pouvoir rassurer l'enfant. L'adulte qui prend soin de l'enfant doit savoir repérer les signaux que ce dernier lui envoie pour pouvoir réagir.

Dans cette même question, elles ont ensuite évoqué leur ressenti face à ces situations pouvant être complexes. J'ai fait le choix dans l'intitulé de cette question de ne pas évoquer le terme *“émotion”* afin de ne pas influer leur réponse. Je souhaitais à travers cette question, voir si on pouvait parler d'émotions face à ces situations et si oui lesquelles. Les quatre puéricultrices ont toutes évoqué une émotion: la tristesse. La puéricultrice 1 ressentait de la tristesse dans ces situations, *“Moi je souffrais, car je me disais que comme les autres enfants, ils n'ont pas toutes les même chances”*. La puéricultrice 2 ressentait de la tristesse et a dû *“passer le relais car je n'étais pas en mesure de m'occuper de cet enfant car il y a des fois où on s'attache trop”*. Elle vivait ça comme *“une situation inconfortable”*. Selon elle *“c'est dur à gérer car d'emblée on voit le devenir de cet enfant”*. Pour la puéricultrice 3 c'est des situations compliquées car peu communes, *“c'est difficile car on est un peu plus émotif car c'est un bébé seul, on s'attache plus facilement”*. Enfin pour la puéricultrice 4, elle ressent de la tristesse car c'est un enfant qui ne connaîtra peut être jamais ses parents, mais elle relativise en insistant que cette décision prise par les parents est réfléchi, et qu'ils seront heureux dans une famille où ils seront attendus. La puéricultrice 3 rejoint cette vision qui selon elle, est la meilleure solution pour eux.

Dans mes lectures j'avais pu lire qu'il s'agissait de situations difficiles, mais je n'avais pas clairement pu identifier une ou plusieurs émotions ressenties de la part de professionnelles.

En m'appuyant sur les six émotions primaires et fondamentales définies par Paul EKMAN, l'émotion principalement évoquée dans ces entretiens a été la tristesse. Mais j'ai pu aussi identifier une autre émotion, tel que la joie, notamment lorsque l'hospitalisation de cet enfant se passe bien et qu'il repart du service avec une assistante familiale venue plusieurs jours s'occuper de lui. Les autres émotions tels que la peur, la colère, le dégoût et la surprise n'ont pas été évoquées par les professionnelles lors des entretiens.

Pour MICHON.F, cadre de santé, *“le soignant, pour prendre soin de l'autre, doit accepter que ses émotions fassent partie intégrante de sa personnalité et doit les légitimer”*⁵⁷. Je considère qu'en ayant évoqué leurs émotions, c'est qu'elles ont connaissance de leurs propres émotions et qu'elles peuvent ainsi ne pas se laisser envahir par ces dernières.

Volontairement, aucune de mes questions n'ont évoqué la mère puisque mon travail de recherche cible l'enfant né sous le secret et les puéricultrices qui les accompagnent. J'ai pris en compte l'évocation de la mère dans mon analyse car à plusieurs reprises les professionnelles l'ont évoquée. Néanmoins, à travers ces entretiens, les puéricultrices n'ont jamais été dans le jugement vis à vis du choix de la mère ou des parents.

Lors de mes lectures je n'avais pas perçu l'importance pour les professionnelles de l'assistante familiale. Je n'ai donc pas évoqué lors de mes questions l'assistante familiale, mais toutes les professionnelles ont souligné l'importance de leur rôle dans l'accompagnement de ces enfants.

Il y a des situations où l'assistante familiale est trouvée tardivement donc elle ne peut pas venir pendant plusieurs jours faire connaissance avec l'enfant, mais parfois l'assistante familiale est trouvée précocement, ce qui lui permet de venir tous les jours si elle le souhaite pour effectuer les soins de l'enfant et faire connaissance avec lui. Elle parle à l'enfant, le nourrit, donne le bain, prépare ses habits, etc. Les quatre puéricultrices préfèrent quand l'assistante familiale prend le temps et que cela ne se passe pas dans la précipitation. La puéricultrice 2 a vécu une situation où l'assistante familiale a été trouvée tardivement, tout a été fait rapidement, et cela lui avait produit un sentiment de frustration car selon elle, elle n'avait pas bien fait son travail. Quand une assistante familiale vient pendant quelques jours s'occuper de l'enfant,

⁵⁷ MICHON F, Les relations interpersonnelles avec la personne soignée et la notion de juste distance, *Revue Soins*, mars 2013, n°773, p 34. (Consulté le 6 mars 2020).

cela permet aussi d'aider l'équipe car ils savent que l'enfant a un repère. La puéricultrice 3 ajoute *“quand ils partent avec la nounou on est content mais on fait attention, on regarde comment la nounou est”*. Le devenir de l'enfant reste au coeur de leur préoccupation.

La question suivante que j'ai demandé évoquait l'expérience professionnelle, afin de savoir si en fonction de celle-ci ces situations peuvent être plus facile à accompagner ou alors si malgré l'expérience elles ressentaient toujours la même chose. La puéricultrice 1 n'a pas vu de différence au niveau de ses émotions lorsqu'elle accompagne ces enfants. L'expérience lui permet d'avoir plus de recul mais ses émotions restent les mêmes, toujours en fonction de l'histoire. Les puéricultrices 3 et 4 n'ont pas non plus remarqué de différences émotionnelles de par leur expérience professionnelle, mais la puéricultrice 4 est quand même plus à l'aise de par son expérience. Pour la puéricultrice 2, l'expérience professionnelle lui permet de mieux gérer ses émotions, *“car au début on est sensible, et quand on commence on rentre chez soi et on repense à toutes les situations, la maturité professionnelle aide un peu à accepter et à gérer ces situations”*.

Les émotions que peuvent ressentir les professionnelles sont restées les mêmes, mais leur expérience leurs ont permis de mieux gérer ses émotions et aide à les accepter.

Ensuite je leur ai demandé si on pouvait parler de juste distance dans l'accompagnement de ces enfants. Comme évoqué dans le cadre théorique, la juste distance permet de nous protéger mais aussi de protéger l'enfant. Selon PRAYEZ.P, la juste distance 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”*⁵⁸. Mais face à l'enfant né sous le secret, je me demandais comment était mise en pratique la notion de juste distance. Les quatre professionnelles ont toutes été d'accord sur le fait qu'elles n'imposaient pas de juste distance, mais que déontologiquement la juste distance était présente. En effet, la puéricultrice 1 justifie cette juste distance en disant *“ce n'est pas notre enfant donc déontologiquement il y aura une distance”*. Pour la puéricultrice 2, il ne faut pas s'imposer cette juste distance avec l'enfant, seulement si cela *“peut avoir des répercussions négatives sur l'enfant ou personnellement, en passant le relais”*. De plus, elle ajoute que si les personnes qui s'en occupent lui donnent de l'attention et de la bienveillance, cela ne peut pas

⁵⁸ PRAYEZ.P, *Distance professionnelle et qualité du soin*, Lamarre, 2009, p 5. (Consulté le 4 mars 2020).

être néfaste pour lui, *“si un bébé absorbe des choses positives ce sera beaucoup mieux que d’accumuler du rejet”*. Par contre elle insiste sur le fait qu’il y aura une barrière en temps que professionnelle car elle ne va pas faire de peau à peau avec l’enfant par exemple. Pour la puéricultrice 3, cette juste distance est difficile à mettre en place car elle est *“plus impliquée dans la relation avec ces bébés”*. Enfin pour la puéricultrice 4, cette juste distance n’est pas la même qu’avec les autres enfants, la distance est moins grande avec ces enfants et elle crée un lien plus important avec eux.

Il existe donc bien une juste distance entre les professionnelles et ces enfants, mais cette juste distance est déontologique, pour se protéger et protéger l’enfant.

J’ai pu constater dans mon cadre théorique que l’attachement est un lien affectif établi principalement entre le nouveau-né et la personne qui en prend soin. Comme évoqué dans le cadre théorique, selon SCHUHL.C, éducatrice de jeunes enfants *“Pour le tout petit, l’attachement est vital. C’est un lien fondamental qui se construit au fil du temps, au fil des relations.. Il s’élabore dans la rencontre, il se tisse par les soins et l’attention que l’adulte porte à l’enfant. L’attachement ne naît pas d’une préférence mais bien d’un véritable sentiment de sécurité ...”*⁵⁹. Les professionnelles peuvent ressentir de l’attachement vis à vis de l’enfant qu’elles prennent en soin. Les puéricultrices 1 et 4 n’ont pas clairement évoqué la notion d’attachement, mais indirectement, notamment lorsqu’elles disent *“c’était compliqué pour moi de me dire que quand je partais j’étais triste”* et *“c’est quand même des enfants avec qui ont créé un lien plus important”*. Les puéricultrices 2 et 3 ont clairement identifié la notion d’attachement, et le fait qu’elles peuvent elles mêmes être amenées à s’attacher à ces enfants. Elles ont affirmé que: *“on peut être amené à s’attacher à un bébé si on est amené à s’en occuper davantage”*, *“des fois on sent qu’on s’attache trop”*, *“on est un peu plus émotive car c’est un bébé seul, on s’attache plus facilement”*.

Ensuite je leur ai demandé qu’elles étaient leurs ressources, qu’elles soient personnelles ou institutionnelles. A travers cette question j’ai souhaité savoir comment elles gèrent ces

⁵⁹ POTTIER M, *Dictionnaire encyclopédique des soins infirmiers* (en ligne). Lamarre, 2002, 361 pages. (Consulté le 28 février 2020).

situations et leurs émotions. Pour les puéricultrices 1 et 2, la ressource la plus importante est l'équipe, notamment avec les échanges, elles en discutent entre elles et se sentent écouter.

Les quatre puéricultrices ont toutes dans leur service des psychologues, à qui elles peuvent faire appel si elles en ressentent le besoin. De plus, elles peuvent, toujours si elles en ressentent le besoin, faire la formation "*gestion des émotions*". Aucune des quatre professionnelles ne l'ont faites mais elles en ont eu connaissance.

Les puéricultrices 3 et 4, m'ont parlé de livres, où elles y notent des choses concernant l'enfant et y collent des photos. De plus, avec les dons d'habits qu'elles ont, elles font une boîte à cadeau comprenant "*un doudou, un body, un pyjama, et quelques affaires*". C'est d'ailleurs ce que recommande le "*guide de bonnes pratiques pour l'accompagnement d'une femme souhaitant accoucher dans le secret*"⁶⁰ publié en 2016 par le Ministère des affaires sociales et de la santé ainsi que le Ministère des familles, de l'enfance et des droits de la femme. Cela permet à l'enfant d'avoir des souvenirs de ses premiers jours de vie.

Enfin, chaque année elles font un point sur les situations qu'elles peuvent rencontrer, car au niveau législatif il y a des choses à respecter comme par exemple dans les transmissions, ou dans son carnet de santé. Pour la puéricultrice 4, il est difficile de prendre ces enfants en soin d'un point de vue législatif, car elle doit noter des informations sur l'enfant mais elle doit veiller à ne pas trop en dire car l'enfant ne doit pas être en mesure de pouvoir retrouver ses parents. Elle dit: "*dans les papiers administratifs, au niveau du nom de l'enfant, où des fois on est un peu perdu. De savoir ce qu'on peut noter dans les transmissions, ce qu'on peut pas noter, car il faut pas qu'il y ait le lien entre la mère et le bébé nul part, des fois on se dit est ce qu'on peut noter ça ou pas ça, c'est plus des petits trucs comme ça*". D'où l'importance, de réunions annuelles où elles échangent sur ces situations et notamment sur la législation.

J'ai senti à travers ces échanges avec les puéricultrices que les ressources étaient très importantes, notamment avec le livre pour l'enfant qu'elles prennent plaisir à faire.

Après avoir analysé les paroles des professionnelles, je vais maintenant confronter ces approches avec les lectures que j'avais pu effectuer.

⁶⁰ MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ, MINISTÈRE DES FAMILLES, DE L'ENFANCE ET DES DROITS DES FEMMES, Guide de bonnes pratiques pour l'accompagnement d'une femme souhaitant accoucher dans le secret, Annexe 2, mai 2016, Solidarité n°2016/4, page 20. (Consulté le 15 mai 2020). Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2016/16-04/ste_20160004_0000_0125.pdf

b. Synthèse de l'analyse

Lors de l'analyse de ces entretiens, je n'ai pas remarqué de réelles discordances entre chaque professionnelle, mais des ressentis et des points de vue différents.

Ces situations sont peu fréquentes puisqu'en moyenne il y en a trois à quatre par an et la durée d'hospitalisation est de quelques jours, mais pour lesquels les professionnelles s'investissent émotionnellement.

Il en ressort que les professionnelles sont conscientes des besoins de ces enfants, notamment des besoins affectifs et de sécurité, auxquels elles essaient de répondre. Elles essaient de mettre une personne référente pour l'enfant ou maintenir une continuité dans les soins.

Il s'agit de situations complexes pour l'enfant et les professionnelles, qui les amènent à ressentir des émotions, plus ou moins intenses en fonction des situations. Lors de mes lectures, je n'avais pas clairement pu identifier l'émotion prévalente que pouvait ressentir les professionnels, mais à travers ces entretiens, elles ont toutes évoqué la tristesse, émotions dont elles ont conscience puisqu'elles ont clairement évoqué cette émotion. La notion d'attachement est d'ailleurs présente dans ces relations.

De plus, dans mes lectures je n'avais pas identifié l'importance de l'assistante familiale pour les professionnelles. Cela leur permet d'assurer une continuité des soins à travers l'assistante familiale.

Face à cela, il est important que les professionnelles puissent pouvoir en parler, notamment en équipe mais aussi avec des psychologues présents dans le service. Le fait de verbaliser ses émotions les aiderait à gérer leurs émotions. De plus, des livres de naissance sont mis en place, pour raconter à l'enfant sa naissance et son passage en néonatalogie, pour qu'il ait une trace de son histoire.

Concernant l'expérience professionnelle, trois puéricultrices ont été d'accord sur le fait que les émotions restaient les mêmes mais l'expérience leur permette d'être plus à l'aise.

Pour l'autre puéricultrice, l'expérience lui permet de mieux gérer ses émotions. Par contre elles ont toutes étaient d'accord pour dire que la juste distance ne devait pas être imposé, qu'elle était forcé déontologiquement.

Cette enquête m'a permise de répondre à ma question de recherche et ainsi valider ou non mes hypothèses.

Ma question est: "*En quoi les émotions vécues par l'infirmière puéricultrice peuvent-elles interférer positivement dans l'accompagnement de l'enfant né sous le secret en service de néonatalogie ?*".

Face à cette question, j'avais élaboré deux hypothèses.

Hypothèse 1: La juste distance dans l'accompagnement facilite la gestion des émotions de la puéricultrice face à l'enfant né sous le secret.

Dans les quatre entretiens effectués, toutes les professionnelles m'ont expliquée que même si la juste distance était moins grande qu'avec d'autres enfants, il y avait quand même une juste distance forcée déontologiquement. Cette juste distance forcée leur permet de moins s'attacher à l'enfant, en se protégeant et protégeant l'enfant. Par ailleurs, elles ne doivent pas se l'obliger. Lorsqu'elles en ressentent le besoin, elles peuvent passer le relais à des collègues.

Je peux grâce à l'analyse de ces entretiens affirmer que la juste distance dans l'accompagnement facilite la gestion des émotions de la puéricultrice face à l'enfant né sous le secret.

Hypothèse 2: L'expérience professionnelle de la puéricultrice lui permet de mieux appréhender ses émotions dans l'accompagnement de l'enfant né sous le secret.

Pour la majorité des professionnelles, malgré l'expérience professionnelle, elles ont toujours ressenti les mêmes émotions. Mais l'expérience leur a permise de prendre du recul, d'être plus à l'aise et de mieux gérer leurs émotions. Elles ont pu prendre conscience de leurs propres émotions, et peuvent ainsi mieux les appréhender.

Je peux donc affirmer grâce à mes entretiens que l'expérience professionnelle de la puéricultrice lui permet de mieux appréhender ses émotions dans l'accompagnement de l'enfant né sous le secret.

Conclusion :

Pour conclure, les émotions face à l'enfant né sous le secret, qui m'avait interpellée lors de mes lectures, se révèle essentielle dans l'accompagnement par la puéricultrice en service de néonatalogie. A travers ce travail de recherche, j'ai pu prendre conscience de l'importance de ces émotions, et d'en parler pour pouvoir mieux les appréhender.

A travers ce travail, j'ai pu, approfondir mes connaissances concernant les émotions et l'accompagnement des enfants né sous le secret, qui pourront m'être utile à l'exercice de ma pratique professionnelle.

J'ai découvert des apports théoriques de différents auteurs, notamment les sept besoins fondamentaux de l'enfant selon BRAZELTON.T, ainsi que les six émotions primaires selon EKMAN qui s'est appuyé sur les recherches de DARWIN.

J'ai pu solliciter mes compétences de recherche, de rédaction et d'analyse de données. Ce travail m'a aussi permis de me remettre en question quant à ma pratique professionnelle et de me sensibiliser à l'importance de prendre conscience et de connaître ses émotions.

Ce que je retiendrai de ce travail de recherche, c'est que les émotions sont des réactions normales de notre corps, qu'il ne faut pas refouler, mais au contraire, qu'il faut savoir reconnaître et en prendre conscience pour pouvoir mieux les appréhender. Des ressources personnelles ou institutionnelles peuvent être mises en place pour aider les soignants. L'expérience professionnelle leur permet aussi de mieux gérer les émotions, et d'être plus à l'aise avec elles. Il n'est pas toujours facile d'établir une juste distance avec ces enfants car les professionnelles ont tendance à plus s'investir dans ces relations. Elles doivent s'imposer une juste distance avec ces enfants seulement si elles en ressentent le besoin, sinon une juste distance est forcé déontologiquement.

L'infirmière-puéricultrice travaille en pluridisciplinarité avec l'équipe soignante, mais aussi avec les partenaires tels que l'Action Sociale à l'Enfance, l'assistante familiale, ou la pouponnière, qui permet une continuité des soins.

Je souhaiterai, pour finir ce travail de recherche, insister sur l'importance des émotions dans l'accompagnement de l'enfant, et ne pas les refouler. Mes lectures ainsi que l'exploration de terrain sont d'ailleurs en adéquations concernant ce sujet.

Ainsi, en temps que professionnelle, j'insisterai sur l'importance de prendre conscience de ses propres émotions, peu importe le service ou la situation, pour pouvoir apprendre à mieux les gérer par la suite.

Suite à ce travail de recherche, je me suis interrogée à nouveau : "En quoi la puéricultrice de pouponnière joue-t-elle un rôle important pour le devenir de l'enfant ?"

Bibliographie:

- Ouvrages:

BOUILLERCE B, STOIBER C. *Stress, émotions, épuisement chez l'aide-soignante*, 2ème édition, Elsevier Masson, 2018, 184 pages. (Consulté le 4 mars 2020).

ENSELLEM.C, *Naître sans mère ? : Accouchement sous X et filiation*, Presses universitaires de Rennes, mars 2004, 312 pages. (Consulté le 2 janvier 2020).

GASSIER J, SAINT-SAUVEUR C. *Le guide de la puéricultrice: prendre soin de l'enfant de la naissance à l'adolescence (en ligne)*. 5ème édition, Elsevier Masson, 2019, p 4-8. (Consulté le 18 juin 2020). Disponible sur : <https://books.google.fr/books>

JOURNET N, en entretien avec EKMAN P. *La culture de l'universel au particulier: le langage naturel des émotions (en ligne)*, Editions Sciences Humaines, 2002, 378 pages, p. 29 à 37. (Consulté le 4 mars 2020). Disponible sur : <https://www.cairn.info/la-culture--9782912601179-page-29.htm>

LELORD.F, ANDRE.C, *La force des émotions: amour, colère, joie (en ligne)*. Odile Jacob, mars 2001, 396 pages. (Consulté le 4 mars 2020). Disponible sur : https://books.google.fr/books?id=ha-Mt3OqVtsC&dq=LELORD.F,+ANDRE.C,+La+force+des+%C3%A9motions:+amour,+col%C3%A8re,+joie&lr=&hl=fr&source=gbs_navlinks_s

LEMAY.M, *J'ai mal à ma mère (en ligne)*. Editions fleurus psycho-pédagogie, Espagne, 1979, 376 pages, p.75. (Consulté le 7 mai 2020). Disponible sur : https://books.google.fr/books?id=snAFBAAAQBAJ&dq=LEMAY.M,+J%E2%80%99ai+ma+l+%C3%A0+ma+m%C3%A8re&lr=&hl=fr&source=gbs_navlinks_s

MAURY L, *Les émotions de Darwin à Freud* (en ligne). Puf Philosophies, février 1993, 128 pages. (Consulté le 28 février). Disponible : https://books.google.fr/books?id=bowKCwAAQBAJ&dq=+MAURY+L,+Les+%C3%A9motions+de+Darwin+%C3%A0+Freud+&lr=&hl=fr&source=gbs_navlinks_s

MIGNON.P, NAIN.C, BASS.D, *Professionnels de la petite enfance: au risque des émotions* (en ligne). Editions Eres, 2009, 160 pages. (Consulté le 4 mars 2020). Disponible sur : https://books.google.fr/books?id=H545djw8iIYC&dq=MIGNON.P,+NAIN.C,+BASS.D,+Professionnels+de+la+petite+enfance:+au+risque+des+%C3%A9motions&lr=&hl=fr&source=gbs_navlinks_s

MOTTAZ.A-M, *Les concepts en Sciences Infirmières*, édition Mallet Conseil, 2012, 328 pages. (Consulté le 22 janvier 2020).

NOEL L, *Je m'attache, nous nous attachons*. Le lien entre un enfant et ses parents, Editions sciences et culture Montréal, 3003, p 253. (Consulté le 3 avril 2020).

NUSS M. GOHET P. *Former à l'accompagnement des personnes handicapées* (en ligne). Paris, Édition Dunod, 2007, 240 pages, p.27. (Consulté le 22 janvier 2020). Disponible sur : https://books.google.fr/books?id=gNIFa1cJeEsC&hl=fr&source=gbs_navlinks_s

PAILLARD.C, *Dictionnaire humaniste infirmier - Approche et concepts de la relation soignant-soigné*. Setes, 2013, p.108. (Consulté le 2 mars 2020).

POTTIER M, *Dictionnaire encyclopédique des soins infirmiers* (en ligne). Lamarre, 2002, 361 pages. (Consulté le 28 février 2020).

PRAYEZ.P, *Distance professionnelle et qualité du soin*, Lamarre, 2009, p 5. (Consulté le 4 mars 2020).

SAUVERZAC, F.*DOLTO*. Editions les essentiels de Milan, 2008, 64 pages. (Consulté le 22 janvier 2020).

- Articles :

ATGER F. Attachement et adoption, *Le journal des Professionnels de l'Enfance*, janvier/février 2009, n°56, p 62. (Consulté le 28 février 2020).

BROSOLO Vanessa, Prise en charge d'un enfant né sous le secret en néonatalogie, *Soins pédiatrie-puériculture*, janvier/février 2015, n°282, p 43-47. (Consulté le 6 octobre 2019).

IMBERT.G, L'entretien semi-directif: à la frontière de la santé publique et de l'anthropologie, *Recherches en soins infirmiers*, 2010, n°102, p 23-24. (Consulté le 14 mai 2020).

MALLEM.E, La distance professionnelle, *Objectif Soins*, n°136, mai 2005, p 22. (Consulté le 4 mars 2020).

MICHON F, Les relations interpersonnelles avec la personne soignée et la notion de juste distance, *Revue Soins*, n°773, p 34, mars 2013. (Consulté le 6 mars 2020).

PONTE.C, L'accouchement dans l'anonymat, *Soins pédiatrie/puériculture*, septembre/octobre 2010, n°256 septembre/octobre 2010, p.45-46. (Consulté le 6 octobre 2019).

SALBREUX R, Editorial, *Contraste* (en ligne), 2006, n°24, 2006, p 5. (Consulté le 22 janvier 2020). Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-contraste-2006-1-page-5.htm#>

TERENA S, SOARES I, MARTINS E, et al. La théorie de l'attachement: son importance dans un contexte pédiatrique, *Devenir* (en ligne), volume 19, Médecine et Hygiène, 2007, pages 151 à 188. (Consulté le 25 février 2020). Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-devenir-2007-2-page-151.htm>

- Textes législatifs

France. ASSEMBLÉE NATIONALE ET SÉNAT. Loi n° 93-22 du 8 janvier 1993 modifiant le code civil relative à l'état civil, à la famille et aux droits de l'enfant et instituant le juge aux affaires familiales. JORF n°7 du 9 janvier 1993 page 495. (Consulté le 10 janvier 2020).

Disponible sur :
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000361918&categorieLien=id>

France. ASSEMBLÉE NATIONALE ET SÉNAT. Loi n°2002-93 du 22 janvier 2002 relative à l'accès aux origines des personnes adoptées et pupilles et l'Etat. JORF du 23 janvier 2002 page 1519 texte n°2. (Consulté le 16 janvier 2020). Disponible sur :

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000593077&categorieLien=id>

- Sites internet:

ASSOCIATIONS EUROPÉENNES, Charte européenne de l'enfant hospitalisé, réalisé à Leiden en 1988. (Consulté le 2 février 2020). Disponible sur:
https://www.sparadrap.org/sites/default/files/inline-files/charte%20europeenne%20des%20droits%20de%20enfants%20hospitalises_enfants.pdf

CONSEIL NATIONAL POUR L'ACCÈS AUX ORIGINES PERSONNELLES, *Le pli fermé*, juillet 2013. (Consulté le 3 janvier 2020). Disponible sur:
<https://www.cnaop.gouv.fr/le-pli-ferme.html>

CONSEIL NATIONAL POUR L'ACCÈS AUX ORIGINES PERSONNELLES (CNAOP), Présentation du CNAOP, février 2009. (Consulté le 3 janvier 2020). Disponible sur:
<https://www.cnaop.gouv.fr/presentation-du-cnaop-4.html>

CONSEIL NATIONAL POUR L'ACCÈS AUX ORIGINES PERSONNELLES, Rapport d'activité 2018, publié en 2019, 46 pages. (Consulté le 3 janvier 2020). Disponible sur: https://www.cnaop.gouv.fr/IMG/pdf/ra_version_finale.pdf

CENTRE NATIONAL POUR L'ACCÈS AUX ORIGINES PERSONNELLES et l'INSTITUT NATIONAL D'ÉTUDES DÉMOGRAPHIQUES, *Étude sur les mères de naissance qui demandent le secret de leur identité lors de leur accouchement*, juin 2010 (en ligne). (Consulté le 2 janvier 2020). Disponible sur: https://www.cnaop.gouv.fr/IMG/pdf/CNAOP_Etude_meres_de_naissance.pdf

LAROUSSE, Définition émotion. (Consulté le 28 février 2020). Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/%C3%A9motion/28829>

LAROUSSE, Définitions de néonatalogie. (Consulté le 16 janvier 2020). Disponible sur : <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/n%C3%A9onatalogie/54211>

LAROUSSE, Définition sentiment. (Consulté le 28 février 2020). Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/sentiment/72138>

L'ASSOCIATION NATIONALE DES PUÉRICULTRICES DIPLÔMÉS ET ÉTUDIANTS (ANPDE), La spécialité de puéricultrice l'historique, 2018, 19 pages. (Consulté le 15 janvier 2020). Disponible sur: <https://www.anpde.asso.fr/la-profession>

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ, MINISTÈRE DES FAMILLES, DE L'ENFANCE ET DES DROITS DES FEMMES, Guide de bonnes pratiques pour l'accompagnement d'une femme souhaitant accoucher dans le secret, Annexe 2, mai 2016, Solidarité n°2016/4, page 20. (Consulté le 15 mai 2020). Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2016/16-04/ste_20160004_0000_0125.pdf

OFFICE NATIONALE D'INFORMATION SUR LES ENSEIGNEMENTS ET LES PROFESSIONS (ONISEP), Puéricultrice, mis à jour fréquemment. (Consulté le 15 janvier 2020). Disponible sur: http://www.onisep.fr/content/location/81117/version_longue

OBSERVATOIRE NATIONAL DE LA PROTECTION DE L'ENFANCE (ONPE), Les besoins fondamentaux de l'enfant et leur déclinaison pratique en protection de l'enfance, octobre 2016, 125 pages, p.3. (Consulté le 24 février 2020). Disponible sur: https://www.onpe.gouv.fr/system/files/publication/notedactu_besoins_de_lenfant.pdf

OBSERVATION NATIONALE DE L'ENFANCE EN DANGER, Rapport de l'ONPE au gouvernement et au parlement, 2019. (Consulté le 3 mai 2020). Disponible sur : https://onpe.gouv.fr/system/files/publication/14e_ragp_0.pdf

SERVICE PUBLIC, *L'accouchement sous X*, mars 2019. (Consulté le 2 janvier 2020). Disponible sur : <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F3136>

- Films:

HERRY Jeanne, *Pupille*, Studio Canal, 2018, 1h50min, drame. (Consulté le 5 décembre 2019).

Annexes:

Annexe 1 : Grille d'entretiens

Annexe 2 : Retranscription de l'entretien avec la puéricultrice 2

Annexe 3 : Tableau d'analyse

Annexe 1 : Grille d'entretiens

Question n°1 :

Quel âge avez-vous ? En quelle année avez-vous obtenu votre diplôme d'infirmier et puéricultrice ? Pouvez-vous m'expliquer votre parcours professionnel (service, durée) ?

Question n°2 :

Que connaissiez-vous de cette thématique avant d'arriver dans le service ? Comment en avez-vous eu connaissance ?

Question n°3 :

Avez-vous été amené à accompagner des enfants nés sous le secret ? A quelle fréquence ?

Question n°4 :

Comment cela s'est-il passé pour vous ? Qu'avez-vous ressenti ? Est-ce que quelque chose a été compliqué dans cette prise en soin ?

Question n°5 :

Avez-vous remarqué une différence entre la première fois que vous avez accompagné ces enfants et les fois suivantes ? Pourquoi ?

Si la professionnelle a rencontré une seule fois la situation: Pensez-vous accompagner ces enfants différemment les prochaines fois ? Pourquoi ?

Question n°6 :

Selon vous, peut-on évoquer la notion de "juste distance" dans ces situations ?

Question n°7 :

Qu'elles ont été vos ressources: personnelles puis institutionnelles ?

Question n°8 :

Souhaitez-vous rajouter quelque chose permettant d'enrichir notre entretien ?

Annexe 2 : Retranscription de l'entretien avec la puéricultrice 2

L'entretien a duré 15 minutes et 30 secondes. La professionnelle était installée dans un bureau.

Etudiante : “Bonjour, je m'appelle Marie, je suis étudiante puéricultrice à Ifsanté à Lomme. Dans le cadre de mon projet professionnel, je souhaiterais m'entretenir avec vous afin de pouvoir répondre à mes interrogations, êtes-vous d'accord ?”.

Puéricultrice: “Bonjour, oui bien-sûr.”

Etudiante: “Le sujet de mon projet professionnel porte sur la puéricultrice face à l'enfant né sous le secret. Me donnez-vous l'autorisation d'enregistrer notre entretien, afin de pouvoir le retranscrire et l'analyser ? Il sera bien évidemment anonyme.”

Puéricultrice : “Oui oui, allez-y”.

Etudiante : “D'accord, merci. Pour commencer, pouvez-vous me donner votre âge s'il vous plaît ?”

Puéricultrice : “J'ai 31 ans.”

Etudiante : “En quelle année avez-vous eu votre diplôme infirmier ?”

Puéricultrice : “Infirmier en 2009 et puéricultrice en 2010”.

Etudiante : “D'accord, pouvez-vous m'expliquer votre parcours professionnel s'il vous plaît ?”

Puéricultrice : “J'ai travaillé deux ans en temps que responsable de babyclub au club med, ensuite j'ai été quelques années en pédiatrie à Saint-Vincent de Paul, et en néonatalogie depuis 2016.”

Etudiante : “D’accord, connaissez la thématique de l’enfant né sous le secret avant de travailler en néonatalogie ?”

Puéricultrice : “Oui pendant les cours, et même c’est quelque chose qu’avant s’appeler les accouchements sous X, oui c’est quelque chose qui est quand même connu, je savais que ça existait.”

Etudiante : “Avez-vous été amenée à accompagner ces enfants nés sous le secret en service de néonatalogie ?”

Puéricultrice : “Oui.”

Etudiante : “Pouvez-vous me donner à peu près une fréquence ?”

Puéricultrice : “Je dirais environ 7.”

Etudiante : “Sur combien de temps ?”

Puéricultrice : “Sur 4 ans, après j’ai eu quelques pauses car j’ai été en congé maternité, (hésitation) oui donc 7 - 8 sur 3 - 4 ans.”

Etudiante : “D’accord, comment cela s’est passé pour vous ces prises en soin ?”

Puéricultrice : “C’est quand même pas évident, après il y a deux types, généralement c’est des bébés nés à terme, qui sont dans le service pour hébergement, pour régulariser la situation sociale, la majorité c’est ce cas, c’est quand même assez compliqué, mais moi je ne suis jamais dans le jugement, parce qu’on essaie de donner toute notre attention et des repères à cet enfant, on essaie de favoriser au maximum une seule personne qui s’occupe de ce bébé, dans le service on fait venir une photographe qui vient faire un album et qui est offert au bébé, on fait un cahier de vie avec des photos, on met des petits mots pour raconter ses premiers instants. On peut être amené à s’attacher à un bébé si on est amené à s’en occuper davantage. Personnellement j’apprécie quand la PMI vient chercher le bébé, qu’elle prenne le temps. Cela m’est arrivée une fois que ça se passe très rapidement, qu’ils partent et voilà en l’espace

d'un quart d'heure c'est réglé. Et j'ai déjà eu une situation où là ça a pris presque deux heures car ils ont donné le biberon, préparé les vêtements, on a discuté, et ensuite ils sont partis tranquillement."

Etudiante : "Et selon vous quelle est la meilleure situation pour l'enfant et pour vous ?"

Puéricultrice : "C'est pas vraiment pour nous car on sait gérer la frustration, mais on sait l'impact que ça a pour le bébé, c'est ça qui nous met dans une situation inconfortable. Par exemple la fois où ça s'était passé hyper rapidement j'avais un sentiment de frustration pas pour moi mais parce que j'avais la frustration de ne pas avoir bien fait mon travail pour le bébé et d'avoir bien géré la situation pour le bébé. Justement, je disais que dans la majorité des cas c'était des bébés qui allaient à terme et des fois on a aussi des bébés prématurés. On sait que les bébés ont besoin de beaucoup de peau à peau, paroles de parents, présence autour d'eux pour lutter, et c'était hyper dur pour nous, de dire qu'ils sont tout seul, qu'ils font pas de peau à peau, on se demandait comment ils vont s'en sortir lorsqu'ils ont un problème de santé et à quel moment ils vont avoir envie de se battre alors qu'ils n'ont pas de filiation. Par exemple récemment il y a eu une assistante familiale qui a été trouvée très vite, elle venait tous les jours, elle venait faire du peau à peau, et ça a beaucoup aidé aussi l'équipe, car on savait que maintenant il avait un repère. Sinon c'est vraiment particulier et assez rare qu'on a des prématurés. L'assistante familiale venait tous les jours faire du peau à peau, elle était à l'écoute, elle faisait les soins. C'est particulier quand il faut gérer la prématurité et le fait que cet enfant n'a pas de parents."

Etudiante: "Qu'est ce que ces situations ont suscité en vous ?"

Puéricultrice : "De la tristesse, moi personnellement il y a des fois où j'ai dû passer le relais et que j'étais pas en mesure de m'occuper de cet enfant car il y a des fois où on sent qu'on s'attache trop, en plus c'était moi qui avait fait son accueil à cet enfant... Malgré avoir fait de la réa, c'est une situation marquante pour moi, d'avoir fait son accueil, avec ce bébé qui était en hypothermie et surtout accouchement sous X."

Etudiante : "Avez-vous remarqué une différence entre la première fois que vous avez pris en soin ces enfants et les fois suivantes ?"

Puéricultrice : “Oui, parce qu’au début, en début de carrière on est beaucoup plus sensible je pense, et puis ça s’apprend de gérer ses émotions. Au début quand on commence on rentre chez soi et on repense à toutes les situations, donc oui avec l’expérience. Après on peut toujours être impacté en fonction des situations. La maturité professionnelle aide un peu à accepter et à gérer ces situations.

Etudiante : “Du coup comment faisiez-vous pour gérer ces émotions ? Quelles étaient vos ressources personnelles et institutionnelles ?

Puéricultrice : “C’est simple on en discute, au moment des transmissions, et il y a l’équipe de périnat qui est là pour les parents mais aussi pour le personnel, qui vient, si on en a besoin, pour discuter, de façon informel, mais rien que de pouvoir en discuter, que oui c’est un peu dur, et de se sentir écouté. Et puis on peut passer le relais, et dire qu’on aimerait pas le prendre en charge aujourd’hui. On dit qu’il faut le faire, c’est pas toujours faisable, mais il faut le tenter. Des fois rien que de verbaliser qu’on a plus envie ou pas envie de s’occuper de cet enfant, même si on le prend quand même en charge ça fait du bien. Il faut être vigilant que oui j’ai besoin d’aide.”

Etudiante : “Est ce qu’il y a des formations du type “gestion des émotions” ou autres qui ont été proposées dans votre service ?”

Puéricultrice : “Non, moi je n’ai jamais fait, mais j’ai des collègues qui ont déjà fait ce genre de formation mais moi j’ai jamais fait.”

Etudiante : “C’est proposé dans le service ?”

Puéricultrice : “Oui oui, après c’est en fonction des besoins de chacunes, ce n’est pas quelque chose dont je ressens le besoin.”

Etudiante : “Est ce qu’on peut évoquer la notion de “juste distance” entre les soignants et l’enfant ?”

Puéricultrice : “C’est des choses qu’on dit, qu’à l’hôpital il faut mettre une distance, mais non en réalité, il ne faut pas se l’imposer. Il faut se l’imposer si on sent que ça a une répercussion

négative sur l'enfant ou même personnellement, en passant le relais. Mais avec ce bébé, au contraire, si c'est toujours une personne qui s'en occupe, et que l'enfant s'attache et qu'après ça s'arrête se sera quand même de l'amour, de l'attention, de la bienveillance qu'il aura eu. Donc non, moi j'en considère pas que ça peut être néfaste, et on est des humains, donc je pense qu'au contraire, un bébé si il absorbe que des choses positives ce sera beaucoup mieux que d'accumuler du rejet, ça va être négatif pour lui. Si on ne met pas de filtre et qu'on lui apporte tout ce qu'il peut avoir, ce sera toujours ça de pris pour lui, il va faire ses réserves d'attention, d'amour et de câlins, même si quand je dis "d'amour" c'est pas le mot que je voulais dire, c'est surtout de la bienveillance et affectif. En temps que professionnelle on se met quand même une barrière, parce qu'on peut pas apporter..Quand je parlais du peau à peau, on se demandait si c'est faisable que l'assistante familiale le fasse, et ça avait été discuté car c'est quand même quelque chose d'intrusif. Mais c'est vrai que oui les gestes d'affection... c'est des bébés à qui on peut pas faire de bisous, mais même professionnellement ça ne nous vient pas à l'esprit de le faire car on se met des barrières, et il y a pas d'instinct qui nous pousse à le faire."

Etudiante : "Que pouvons-nous retenir de l'accompagnement dans cette prise en soin ?"

Puéricultrice : "C'est difficile car c'est triste comme situation, parce qu'on se dit que d'emblée il arrive et il a rien demandé, et c'est quand même dur à gérer, car d'emblée on voit le devenir de cet enfant, qu'il va être placé. (hésitation) Après ce qui est facile c'est de s'en occuper, les gestes techniques, lui donner à manger, comprendre ses besoins, si il a faim, notre métier, l'aspect technique. Après on en discute beaucoup, il y a tout un réseau qui se met en place il y a psychologue, assistante sociale qui sont très présentes dans le service, parce qu'ils suivent aussi les situations de ces enfants, donc il y a du monde, des professionnels autour de ces enfants, c'est de dire aussi qu'on est pas tout seul à s'en occuper."

Etudiante : "Est ce que vous souhaitez rajouter quelques chose qui permettrait d'enrichir notre entretien ?"

Puéricultrice : "Non, rien de particulier".

Etudiante : "D'accord, je vous remercie pour cet entretien."

Annexe 3 : Tableau d'analyse comprenant les unités de sens de chaque entretien

J'ai analysé les paroles de chaque professionnelles en unités de sens allant de 1 à 514, que j'ai ensuite classé dans un tableau avec des thèmes et des sous-thèmes.

		Puéricultrice 1	Puéricultrice 2	Puéricultrice 3	Puéricultrice 4
Connaissance du sujet	Oui		112,113,114,115	272, 273, 274, 275, 276, 277, 278	402, 403, 404, 405, 406
	Non	1,2,3,4,5,6			
Prise en soin d'un enfant né sous le secret	Oui	7	116	279, 280, 281, 282	407
	Non				
	Fréquence	9,10,11,12,13,14,15,16,17,18,19,20,21	117,12	283, 284, 285, 286, 287, 288, 289	408, 409, 410, 411, 412, 413
	Exemple situation	82,83,84,86,87	120, 121, 122, 123, 124, 152, 153, 154, 155, 170, 171, 181, 182, 183, 184, 185, 186, 187	297, 298, 299, 300, 301, 302, 305, 306, 307, 308, 309, 310, 311, 312, 313, 314	454, 455, 456, 457, 458, 459, 460
Besoins de l'enfant		22,23,24,25,26,27,28,29,	127, 128, 129, 145, 156, 157, 158, 159	303, 304, 330	418, 419, 421, 422, 423, 424, 425, 426, 427, 428, 429, 430, 431,
Ressenti émotionnel		33,34,35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 45, 46, 47,85,88	119, 125, 126, 134, 144, 145, 146, 147, 148, 149, 150, 154, 160, 161, 162, 163, 164, 168, 169, 177, 178, 179, 180, 253, 254, 255, 256	290, 291, 292, 337, 338, 339, 340, 341, 342, 343, 344, 345, 346, 351	432, 433, 436, 438, 462, 463, 464, 465, 466, 467, 488, 489

Évoquer la mère		26,27,30,31,32, 51,52,53,54,55, 81		293, 294, 295, 296, 322, 323, 348, 349, 350	419, 423
L'assistante maternelle		68,69,80,101,10 2,103,104,105,1 06,107,108	135,136,137,13 8,139,140,141,1 42,143, 165, 166, 167, 172, 173, 174, 246, 247	319, 320, 321, 326, 327, 328, 329	434, 435, 439, 440, 441, 442, 443, 444
L'expérience professionnelle	Plus facile	90,91,92	188, 189, 190, 191, 192, 193, 194, 195		480, 481, 482, 483, 484, 485
	Pareil	48,49,50,57,58, 59,60,61		331, 332, 333, 334, 335, 336	445, 446, 447, 448, 449, 450, 451, 452, 479
Juste distance	A mettre				
	Forcé	62,63,64,65,66, 67,70,71,72,73, 74,75,76,77,78, 79	220, 221, 222, 223, 224, 225, 226, 227, 227, 229, 230, 231, 232, 233, 234, 235, 236, 237, 238, 239, 240, 241, 242, 243, 244, 245, 246, 247, 248, 249, 250, 251, 252	352, 353, 354, 355, 356, 357, 358, 359, 360, 361	468, 469, 470, 471, 472, 473, 474, 475, 476, 477, 478
Ressources	Personnelles	89,90,93,94	130, 131, 132, 133, 196, 197, 206, 207, 208, 209, 210, 211, 212, 213, 265	315, 316, 317, 318, 324, 325, 363, 364, 365, 370, 371, 372, 373, 374, 386, 387, 388, 389, 390, 391, 393	447, 449, 450, 486, 487, 493, 494
	Institutionnelles	95,96,97,98,110 ,111	198, 199, 200, 201, 202, 203, 204, 205, 214,	362, 366, 367, 368, 369, 375, 376, 377, 378,	495, 496, 497, 498, 499, 500, 501, 502, 503,

			215, 216, 218, 219, 266, 267, 268, 269, 270, 271	379, 380, 381, 382, 383, 384, 385, 392	504, 505, 506, 507, 508, 509, 510, 511, 512, 513, 514
--	--	--	---	--	--

Nombre total d'unités de sens dans chaque thèmes et sous-thèmes selon chaque professionnelle :

		Puéricultrice 1	Puéricultrice 2	Puéricultrice 3	Puéricultrice 4
Connaissance du sujet	Oui		4	7	5
	Non	6			
Prise en soin d'un enfant né sous le secret	Oui	1	1	4	1
	Non				
	Fréquence	13	2	7	6
	Exemple situation	5	18	16	7
Besoins de l'enfant		8	8	3	13
Ressenti émotionnel		15	27	14	12
Évoquer la mère		11	0	9	2
L'assistante maternelle		11	17	7	8
L'expérience professionnelle	Plus facile	3	8		6
	Pareil	8		6	9
Juste distance	A mettre				
	Forcé	16	33	10	11
Ressources	Personnelles	4	15	21	7
	Institutionnelles	6	19	17	20