HERRERO Carla Promotion 2019-2020

Projet professionnel

L'enfant au cœur d'un accompagnement méconnu : absence temporaire de lien avec sa figure d'attachement principale en hospitalisation.

École de Puéricultrices – IFsanté Lomme

Remerciements

En premier lieu, je tiens à remercier Madame TESTELIN, Cadre de santé et formatrice à l'institut de formation en soins infirmiers à IFsanté, pour son accompagnement, son attitude bienveillante, sa disponibilité ainsi que son aide apportée dans la réalisation de ce projet professionnel.

Merci aux formatrices de l'école de puéricultrice, Mesdames CATRICE, LAUGEL et VANTOURNHOUDT pour leur professionnalisme certain.

Je tiens à remercier également les professionnelles interrogées pour le temps qu'elles m'ont accordé lors des entretiens.

Je remercie mes collègues de promotion, Héloïse LE GUELLEC, Laury MINNENS, Margaux RAULIN et Mélanie ZENAGUE pour leur soutien au sein de cette année de formation particulière.

Enfin, je tiens à remercier mon entourage proche, ma maman, ma sœur jumelle ainsi que ma belle-mère, premières lectrices de ce travail, ainsi que toutes les personnes m'ayant soutenue et encouragée durant la formation.

Table des matières

Introduction

I. PREMIERE PARTIE : LE CADRE CONTEXTUEL 2

1) SITUATION D'APPEL 2
2) MES MOTIVATIONS 5
3) QUESTIONNEMENT SUITE A LA SITUATION 5

II. DEUXIEME PARTIE : LE CADRE CONCEPTUEL 6

1) L'ENFANT DE 0 A 3 ANS 6
A. Les besoins de l'enfant selon A.Maslow 6
B. Le développement psycho-affectif de l'enfant 8
a. Le stade oral 9
b. Le stade anal 12
C. Le vécu de l'hospitalisation par l'enfant 13
2) L'ATTACHEMENT 15
A. Définition du processus 15
B. Les différentes formes d'attachement 17
a. L'attachement sécure 18
b. L'attachement anxieux-évitant, dit « in sécure » 19
c. L'attachement résistant-ambivalent 19
d. L'attachement désorganisé-désorienté 19
C. Les figures d'attachement 20
1. Définition 20
2. Les conditions d'attribution de la figure d'attachement : le caregiving 21
3. Les différents caregivers 23
3) LA PUERICULTRICE ET L'ENFANT HOSPITALISE SEUL 27
A. La profession de puéricultrice 27
1. Les généralités 27
2. Son rôle en milieu hospitalier 28
B. La relation soignant-soigné en pédiatrie 30
1. La notion de juste distance 30
2. Les mécanismes de défense 33
4) QUESTION DE DEPART 36

5) PROBLEMATIQUE 36
6) HYPOTHESES 37

III. TROISIEME PARTIE : LE CADRE EMPIRIQUE 38

1) Le cadre de recherche 38
A. Choix de l'outil d'enquête et de la population interrogée 38
B. Les motivations pour cet outil 38
C. La théorie de l'entretien 39
D. Le guide d'entretien 40
E. Le contexte de l'enquête 44
2) Analyse de contenu 44
3) Réflexions professionnelles 59

Conclusion

Bibliographie

Annexes

Introduction

Suite à l'obtention du diplôme d'état infirmier en Juillet 2018, j'ai pu débuter ma carrière professionnelle au sein d'un service de Pédiatrie générale dans un hôpital de périphérie du département du Nord. Lors de cette expérience, j'ai pu observer à plusieurs reprises que des enfants nécessitant une surveillance hospitalière se retrouvaient seuls dans un environnement méconnu, inhabituel qui est la chambre d'un hôpital, avec ses bruits de couloir incessants et tout ce personnel différent quotidiennement. En effet, certains parents ne peuvent-être présents et disponibles sur la journée, l'enfant se retrouve alors sans repère et c'est aux professionnels présents que le rôle d'accompagnateur est endossé. Ici, les Puéricultrices ont donc une autre mission essentielle associée à celle de soigner, éduquer, écouter, soutenir, accompagner, celle de leur garantir une sécurité affective suffisante. En effet, si cette garantie est efficiente cela pourra engendrer chez l'enfant un bien-être émotionnel ainsi que la poursuite du développement global adéquat. N.Guédeney et A.Guédeney décrivent la sécurité affective comme : « *besoin fondamental pour l'enfant de se sentir dans des conditions de bien-être affectif minimal pour pouvoir se développer le plus normalement possible.* »[1]

Étudier la théorie de l'attachement va donc me permettre de cerner et de détailler les besoins fondamentaux d'un enfant lors d'une hospitalisation en l'absence de ses parents, c'est une base fondamentale pour mon futur métier.

Je vais donc commencer par vous présenter ma situation vécue en service de Pédiatrie générale, puis je développerai mes motivations face à cette thématique, mes questionnements et la question de départ. Je détaillerai ensuite les concepts autour de la théorie de l'attachement puis je conclurai cette première partie par deux hypothèses.

La deuxième partie sera centrée sur l'analyse des entretiens effectués afin de faire valider ou non ces hypothèses par les professionnelles. Elle débutera par l'étude du choix de l'outil puis les motivations pour celui-ci.

Je terminerai le cadre empirique par la rédaction de réflexions professionnelles puis j'énoncerai une ouverture dans la conclusion de ce travail.

[1] APRIL, P. ENGLEBERT, J. GAUTHIER, J-M. La sécurité affective chez l'enfant en milieu résidentiel: des soins du corps au bien-être émotionnel. In *l'évolution psychiatrique*, 2015, N°80, p 501 à 513.

I. Première partie : le cadre contextuel

1) Situation d'appel

Cette situation débute le 5 Janvier 2019 en poste de nuit, elle se déroule au sein du service de Pédiatrie d'un hôpital situé dans le département du Nord.
Je suis dans le couloir principal du Pôle mère-enfant, je m'apprête à pousser les portes d'entrée du service.
Le service de pédiatrie est un service dit « fermé » car nous prenons en soins des enfants souffrants de troubles psychologiques, je fais donc le code et entre dans le service.
La pédiatrie est constituée de grands et longs couloirs. Le vestiaire se trouvant au bout, je passe devant plusieurs chambres du service afin de m'y rendre.
Le service a l'air d'être complet, étant en période hivernale, les hospitalisations sont nombreuses.
Il est divisé en 2 ailes, constitué de 23 chambres dont 5 chambres de soins continus. L'hiver il est renommé : « La Pédiatrie Petits », car le service s'agrandit et ouvre une autre aile qui quant à elle est réservée aux grands enfants, on la nomme donc : « La Pédiatrie Grands ».
Au service de Pédiatrie Petits sont accueillis les nourrissons et enfants jusqu'à l'âge de 6 ans.
Les pathologies sont diverses, on retrouve : les bronchiolites, les gastro-entérites, les pyélonéphrites… Les durées d'hospitalisation varient donc.
Pour ce qui est de la pédopsychiatrie ainsi que de la chirurgie pédiatrique, ces prises en charge se déroulent dans le service des grands enfants durant la période hivernale.

Il est 20h15 lorsque je me rends en transmissions. Entre puéricultrices et infirmières, nous nous organisons avant de les débuter pour ce qui concerne la division des secteurs. Celle-ci est faite afin que les enfants aient les mêmes professionnels de santé pour répondre à leurs besoins. Elle a aussi un objectif pour les soignants qui est de l'ordre de la continuité des soins. Les professionnels connaissent leurs patients ainsi que leurs habitudes car ce sont des hospitalisations essentiellement de plusieurs jours.
Je suis donc dans l'unité des soins continus.

Parmi les enfants hospitalisés, on retrouve un petit garçon que je nommerai Robin. Âgé de 18 mois, il est présent dans le service pour prise en soin d'une bronchiolite mal tolérée avec majoration des signes de lutte respiratoire. Sous Jet Cpap®[2] pendant 3 jours, il a ensuite été sous Optiflow®[3] puis sous lunettes à oxygène. Cela fait donc une semaine environ qu'il est dans le service. J'avais donc rencontré Robin durant mes précédents postes.
C'est un enfant calme, dont les parents sont souvent absents car il a une petite sœur en bas âge qui nécessite la présence de sa maman au domicile. Quant au papa il a une activité professionnelle prenante et ne peut donc se rendre disponible lors de l'hospitalisation.

Lors du premier tour à 22 heures, je remarque que Robin est assis dans son lit à barreaux, seul, sans ses parents. Il rit, joue avec un hochet, toujours sous lunettes à oxygène, il ne les supporte pas trop et tire dessus à plusieurs reprises. Je suis donc vigilante et effectue plusieurs passages entre les tours de la nuit.
Vers 23 heures, j'entends des pleurs, me rends en chambre, Robin était assis, en pleurs, au milieu du lit.

- Que se passe-t-il ?
- Réclame-t-il ses parents ?
- Ressent-il de la solitude ?
- De quoi a-t-il besoin ?

Je me sens désemparée ne sachant pas quoi faire pour l'apaiser.
Je demande donc à ma collègue, auxiliaire de puériculture, s'il a bien mangé ce soir, « *oui, il n'y avait rien de particulier selon l'équipe d'après-midi* » me répond-elle.
Je me demande alors s'il n'est pas gêné par les lunettes à oxygène, je les repositionne avec du Comfeel®[4] sur les joues afin de préserver son état cutané. Mais cela ne semble pas être la cause

[2] BACQUET, BONDUELLE. Cours intitulé « Oxygénothérapie » pour la promotion des étudiantes puéricultrices 2019-2020. IFsanté. « *C'est une méthode de ventilation non invasive qui permet d'assister la fonction respiratoire de l'enfant au moyen d'une pression expiratoire positive en respectant son autonomie respiratoire.* »

[3] Ibidem : « *Ce sont des lunettes d'oxygène à haut débit allant de 6 à 8 litres d'oxygène par minute, ayant un effet de pression expiratoire positive, demandant moins de force à l'enfant et permettant donc une diminution du travail respiratoire.* »

[4] C'est un pansement hydro colloïde mince et flexible permettant une guérison plus rapide en scellant et en protégeant la plaie. Il est utilisé dans certains services de pédiatrie afin de préserver l'état cutané.

de ses pleurs. Je regarde alors le saturomètre, le capteur me semble assez serré, je le repositionne également avec une bande afin que celui-ci soit légèrement plus distendu.
Il est apaisé, a les yeux qui se ferment. Puis lorsque je me sépare de lui, je remonte la barrière du lit, il se met de nouveau à pleurer.
Robin étant seul depuis quelques jours, je décide donc de rester un peu à ses côtés. En effet, étant seul, sans repère, dans une nouvelle chambre, un nouvel environnement avec du bruit, et beaucoup de passages, il se peut qu'il ait besoin de réconfort.
J'enfile donc une surblouse, le prend dans mes bras et m'assoie sur le fauteuil, j'attrape son objet transitionnel ainsi que sa sucette physiologique.
Il sourit, semble détendu, a les yeux encore larmoyants.
Je mets la berceuse de son ours en peluche, il s'endort.
Je le repose donc dans son lit. (…)

Il est aux alentours de 2 heures et 30 minutes lorsque je débute mon second tour.
Nous sommes devant la chambre de Robin, je remarque qu'il est encore assis dans son lit, calme sans bruit, et qu'il observe dans le couloir, son regard paraît vide. Je prends donc son hochet et lui montre, il n'y porte pas attention, reste focalisé sur le couloir, l'auxiliaire de puériculture est dans la salle de bain et prépare le nécessaire pour le change, Je me dis qu'il est surement attiré par la lumière ou le bruit du couloir. Mais soudain, il réagit, me regarde et sourit, bouge ses membres supérieurs, applaudit, est très agité et ne semble plus fatigué. Avec l'auxiliaire de puériculture nous décidons de jouer avec lui avant de le changer. Elle se rend donc en salle de jeux et y récupère plusieurs jouets : des cubes, un livre interactif et une maracasse. Après plusieurs minutes, Robin a l'air d'apprécier, il gazouille et sourit. L'auxiliaire de puériculture va poursuivre la prise en soin de Robin en l'emmenant à la salle de bain, tout en douceur, calmement, et en souriant. Quant à moi, je repars afin de poursuivre mon tour.

Au petit matin, je rédige mes transmissions concernant la nuit. Je transmets donc à l'équipe mon ressentie face à cette situation et demande s'il serait possible de contacter les parents de Robin dans la journée afin qu'un des deux puissent se déplacer pour être à ses côtés et le rassurer. En effet, Robin traverse une période difficile, il se retrouve dans un environnement méconnu, anxiogène suite au contexte de la maladie, il pourrait donc éprouver un manque affectif.

Robin a dormi le reste de la nuit. N'ayant pas eu l'occasion de le revoir étant en repos les jours suivants, j'ai pu lire dans les transmissions que la maman s'était déplacée dans la journée puis la sortie fut prononcée. Il a donc rejoint son domicile aux côtés de ses parents et de sa petite sœur.

Lors de cette situation, j'ai pu ressentir des inquiétudes, de l'anxiété également.
En effet, je ne suis pas parvenue à analyser les besoins de Robin ni à mettre des mots sur ses pleurs. Que voulait-il me faire comprendre ? Éprouve-t-il un manque ?

2) Mes motivations

J'ai fait le choix de traiter la rupture temporaire du lien d'attachement et les conséquences sur l'enfant hospitalisé, ainsi que le rôle et l'accompagnement de la Puéricultrice dans ce contexte.

C'est lorsque j'ai vécu ma première expérience auprès des enfants en service de Pédiatrie dès Octobre 2018, que j'ai pu percevoir un malaise chez l'enfant hospitalisé au sein d'un milieu inconnu et en l'absence de sa figure d'attachement.

Cette situation m'a permis de me poser différentes questions sur ce thème. C'est un sujet essentiel car la place des parents est très importante lors des hospitalisations pour les enfants, et c'est un champ qui est étendu. De plus, le bien-être de l'enfant est primordial dans notre métier afin d'aborder au mieux l'enfant dans la prise en soin.
En effet, il n'existe pas de solution pouvant être mise en place afin de combler l'absence temporaire de la figure d'attachement principale dans le domaine du soin à l'enfant. Il me paraissait donc essentiel de réaliser un projet professionnel ayant pour thématique ce sujet afin de développer mes connaissances.

3) Questionnement suite à la situation

- Comment la puéricultrice peut-elle accompagner et prendre en soin un enfant hospitalisé en l'absence de sa figure d'attachement ?

- Quelles sont les conséquences physiques et psychologiques de l'absence de ses parents sur l'enfant hospitalisé ?
- Quel est le rôle de la puéricultrice au sein de la prise en soin de ces enfants n'ayant plus de repère spatio-temporels ?
- Vers qui l'enfant va se tourner s'il a besoin de proximité physique pour le rassurer lorsqu'il ressent un stress ?
- Comment la puéricultrice va-t-elle identifier les différentes demandes de l'enfant ?
- Existe-t-il des moyens à mettre en place afin de réduire les conséquences pour l'enfant de cette absence ?
- Quelle distance professionnelle la puéricultrice doit-elle adopter avec un enfant hospitalisé seul ?

Je conclue donc ce cadre contextuel par de nombreuses questions sans réponse. Je vais donc effectuer des recherches dans une prochaine partie, le cadre conceptuel.

II. Deuxième partie : le cadre conceptuel

1) L'enfant de 0 à 3 ans

A. Les besoins de l'enfant selon A.Maslow

Selon le Larousse, le besoin est défini comme : « *L'exigence née d'un sentiment de manque, de privation de quelque chose qui est nécessaire à la vie organique.* »[5]

Afin d'aborder ceux propres à l'enfant, j'ai souhaité étudier le psychologue Américain, Abraham Maslow. C'est en 1943 qu'il écrit les cinq catégories de besoins fondamentaux. Afin que chacun d'entre eux soient satisfait, il convient d'assouvir les besoins des étages précédents pour atteindre le palier suivant, c'est à dire de gravir la pyramide en commençant par le premier besoin qui regroupe :

- Les besoins physiologiques. Ils sont nécessaires à la survie de l'être humain : respirer, boire, manger, éliminer, se reposer, se laver et se changer… Ces principaux besoins,

[5] https://www.larousse.fr/ : consulté le 29 Mars 2020

sont ceux que l'enfant va chercher à combler dans la théorie de l'attachement grâce à l'aide apportée par sa figure d'attachement principale. Ils peuvent donc être décrits comme des besoins vitaux. En effet, lorsque l'enfant aura faim et donc ressentira le besoin de manger, il le manifestera par des pleurs afin d'attirer l'adulte qui tentera d'y répondre.

- Vient ensuite le besoin de sécurité. Il se manifeste par le besoin de sécurité affective, de sécurité physique et morale. L'enfant étant dépendant d'un individu, il est donc dans le besoin immédiat de se sentir protégé, à l'abris du danger. Pour se sentir en sécurité, l'enfant a besoin de repères spacio-temporaux : son entourage et son environnement. Maslow souligne que : « *les besoins de sécurité conduisent les individus à préférer ce qui leur est familier à l'inconnu.* »[6]
- Si ces deux besoins sont satisfaits, alors le besoin d'appartenance apparaît. Dans celui-ci, le besoin d'amour, d'affection, de relations sociales se rejoignent. C'est lorsque l'enfant appartient à sa famille essentiellement ou à un groupe, à une culture, qu'il sera comblé.
- Puis au sein de sa famille, du groupe, l'enfant aura besoin de se sentir reconnu, nous pouvons qualifier ce besoin comme le besoin d'estime, quatrième besoin de la pyramide de Maslow.
- Et pour terminer, au sommet de la pyramide, le besoin d'accomplissement personnel, celui-ci est lié au développement de la personnalité de l'enfant et ne pourra être satisfait que si tous les besoins précédents ont pu l'être.

A ces besoins, je souhaite ajouter le besoin d'attachement du nouveau-né que nous pouvons inclure dans le besoin d'appartenance. D'après Bowlby, ce besoin est : « *aussi important que celui de boire ou de manger*. »[7] On peut donc qualifier cet attachement comme un besoin vital pour l'enfant également : celui-ci est fondamental pour qu'il puisse survivre et se développer.

Selon S.Euillet, maître de conférence en sciences de l'éducation à l'Université de Paris Ouest « *ce besoin se manifeste par des comportements de l'enfant adressés à un adulte, qui représente*

6 PICHERE, P. La pyramide des besoins. Edition Lemaître publishing, 2014, 28 pages.

7 SAIAS, T, BONNARD, A, SMAILI, H, CLOUET, F et POISSANT, J. Favoriser l'attachement parents-enfants. In *Cahiers de la puéricultrice*. Janvier 2015, N°283, p. 12-16.

la figure d'attachement, et est assouvi par les réponses proposées par ce dernier. »[8] J'en déduis que ce besoin d'attachement s'exprime chez l'enfant par des pleurs par exemple, comme dans la situation que j'ai pu rencontrer. Je comprends donc pourquoi lorsque Robin n'était plus dans mes bras il recommençait à pleurer. Mon statut professionnel ne me permet pas de rassurer l'enfant aux mêmes degrés que sa figure d'attachement. Ce besoin ne pouvait donc être comblé, il n'arrivait pas à réguler ses émotions.

Je peux conclure que la satisfaction de ces besoins est fondamentale, permettant à l'enfant d'acquérir de nouvelles compétences et donc de poursuivre son développement. Je vais alors aborder ce thème.

B. Le développement psycho-affectif de l'enfant

Défini par Docteur Lorin, pédopsychiatre, comme : « *une longue suite d'expériences plus ou moins conflictuelles, entre le sujet et son entourage, mais aussi à celles à l'intérieur du sujet.* »[9]

C'est au décours d'expériences sociales qu'une poursuite de ce développement est possible. En effet, celui-ci va permettre à l'enfant d'évoluer d'une dépendance à l'autre, de sa figure d'attachement principale, vers une indépendance dans la société grâce à ses expériences dans la vie quotidienne mais également par ses ressentis émotionnels dans ses premières années de vie. Effectivement, lorsqu'il grandit, l'enfant devient de plus en plus autonome et va faire ses propres expériences par le biais de changements de comportements, de relations, de progrès dans le langage.

Mais pour affirmer sa personnalité, il devra également affronter des étapes, par exemple lors d'une séparation avec sa figure d'attachement principale avec plus ou moins de difficultés, il

[8] EUILLET, S. Le système d'attachement de l'enfant, entre singulier et pluriel. In *Cahiers de la Puéricultrice*. Octobre 2012, N°260, p. 13-16.

[9] LORIN, A. Les étapes du développement psychoaffectif de l'enfant, illustrées de dessin [en ligne]. Disponible sur <https://www.psychiatriemed.com/textes/42-dr-anne-lorin/86-les-etapes-du-developpement-affectif-de-lenfant-illustrees-de-dessins-dr-anne-lorin-.html.> (Consulté le 31 Mars 2020)

devra faire face à ses émotions, ses sentiments et va ainsi apprendre à les analyser. Il se situera alors dans la société comme un être à part entière.
Ce processus débute dès la naissance jusqu'à l'âge de 3 ans, car c'est aux alentours de cet âge qu'il va se considérer comme un être unique et autonome lié à l'entrée en scolarité.
Il est constitué par différentes étapes. Il commence dès les premières relations avec les parents : par le toucher, l'odorat, la vision et l'audition et va évoluer au fur et à mesure de son développement psychomoteur également car il va lier ses acquisitions motrices à ses relations et donc à son développement psychoaffectif ce qui va induire ainsi une stabilité psychique. Ces différentes étapes sont constituées de stades :

a. Le stade oral

Débutant dès la naissance jusqu'aux 18 mois environ, il consiste en un besoin de succion chez l'enfant correspondant au besoin alimentaire : « *l'objet pulsionnel est représenté par le sein ou par son substitut, le biberon »*[10]*, cette fonction alimentaire va servir de « médiateur principal à la relation symbiotique mère-enfant »*[11], en effet l'enfant est en total dépendance de sa mère, il y a donc une fusion entre ces deux êtres, afin de couvrir ce besoin physiologique. Dans le stade oral, on retrouve les « *gratifications orales alimentaires* »[12] : lorsque l'enfant prend plaisir à être nourri par la tétée du sein ou du biberon, puis les « *gratifications orales non alimentaires* »[13] : c'est le plaisir issu de la succion grâce à la sucette physiologique ou du pouce. Il y a également d'autres éléments de gratification dans ce stade : le toucher, le portage, l'écoute, l'odorat : celle de la mère est d'ailleurs reconnue dès les premiers jours de vie. Ces éléments de gratification relèvent du maternage et qui pour être de bonne qualité doit prendre en compte ces différents besoins. Bowlby a accentué le degré d'importance pour l'enfant de combien ce besoin primaire d'attachement qui se manifeste par différentes conduites visant à maintenir la proximité avec la mère. L'enfant est donc actif dans sa relation à l'autre.

10 LORIN, A. Les étapes du développement psychoaffectif de l'enfant, illustrées de dessin [en ligne]. Disponible sur <https://www.psychiatriemed.com/textes/42-dr-anne-lorin/86-les-etapes-du-developpement-affectif-de-lenfant-illustrees-de-dessins-dr-anne-lorin-.html.> (Consulté le 31 Mars 2020)

11 Ibidem.

12 LORIN, A. Les étapes du développement psychoaffectif de l'enfant, illustrées de dessin [en ligne]. Disponible sur <https://www.psychiatriemed.com/textes/42-dr-anne-lorin/86-les-etapes-du-developpement-affectif-de-lenfant-illustrees-de-dessins-dr-anne-lorin-.html.> (Consulté le 31 Mars 2020)

13 Ibidem.

C'est à l'âge de huit semaines qu'il émet des « *réponses sociales de sourire* »[14] afin de faire plaisir à sa mère, de renforcer ce lien qui les unit. Ces expériences vont permettrent à l'enfant : « *de relier la représentation de quelque chose d'extérieur à ce qu'il éprouve en lui-même.* »[15]

Vient ensuite, aux alentours de 8 mois, « *l'angoisse de séparation* »[16] qui est caractérisée par une peur de l'inconnu, des étrangers. L'enfant va baisser les yeux, se détourner, pleurer, lorsque sa figure maternelle sera absente.
Puis, aux alentours de 12 mois et jusque 18 mois environ, l'enfant entre dans un stade d'imitations, et va donc chercher à décrire les interdits que sa mère lui indique par l'utilisation du « *non* » : « *il est exprimé ou dit par des gestes avec un plaisir manifeste* »[17]. L'imitation de sa mère va lui permettre d'acquérir un pouvoir sur l'extérieur.
Ces 3 périodes sont définies par Spitz comme étant des : « *phases critiques et vulnérables qui permettent l'intégration progressive d'expériences de reconnaissance partielle qui va amener à la reconnaissance d'autrui. »*[18] Ce sont donc les processus d'intégration.

Les processus de différenciation se produisent un peu plus tard et sont définis comme : « *L'appréhension globale et indifférenciée du monde extérieur dont se dégage progressivement autrui et soi. »*[19] Pour se produire, il nécessite que l'enfant ait un niveau de confiance et de réassurance auprès de sa mère afin de pouvoir peu à peu réussir à s'en séparer.
Le concept fut abordé par M.Mahler, psychanalyste Américaine qui s'est essentiellement intéressée au développement du jeune enfant durant sa vie professionnelle. Selon elle, le processus de différenciation se déploie dans les premières années de la vie. Il est caractérisé

[14] LORIN, A. Les étapes du développement psychoaffectif de l'enfant, illustrées de dessin [en ligne]. Disponible sur <https://www.psychiatriemed.com/textes/42-dr-anne-lorin/86-les-etapes-du-developpement-affectif-de-lenfant-illustrees-de-dessins-dr-anne-lorin-.html.> (Consulté le 31 Mars 2020)

[15] Ibidem.

[16] LORIN, A. Les étapes du développement psychoaffectif de l'enfant, illustrées de dessin [en ligne]. Disponible sur <https://www.psychiatriemed.com/textes/42-dr-anne-lorin/86-les-etapes-du-developpement-affectif-de-lenfant-illustrees-de-dessins-dr-anne-lorin-.html.> (Consulté le 31 Mars 2020)

[17] Ibidem.

[18] BERNATEAU.I. La séparation, un concept pour penser les relations précoces et leur réaménagement à l'adolescence [en ligne]. Disponible sur : <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01509890/document> (Consulté le 30 Mars 2020).

[19] Ibidem.

par des « *phrases qui se succèdent les unes aux autres dessinant un long chemin qui court de la naissance à la mort, et qui conduit l'individu, de la fusion initiale à l'objet primaire vers toujours davantage d'autonomisation, de séparation et d'individualisation. »*[20] Ce processus consiste à passer de la « *phase symbiotique* » du nourrisson, à « *la phase d'autonomie* » qui va débuter dès l'âge de 6 mois, ce qui équivaut à la naissance psychologique de l'individu car l'enfant va acquérir une certaine autonomie en présence de sa mère si celle-ci l'accompagne. Cette phase décrite correspond à la première étape du processus de séparation - d'individualisation, appelée « *phase d'exploration* »[21] qui commence aux côtés de la mère dès 6 mois jusque l'âge d'un an.

Puis, la « *phase d'essais* »[22] où l'enfant va partir à l'aventure et reviendra souvent voir sa mère. Cette phase va se dérouler de la fin de la première année au début de la deuxième année de vie, âge auquel l'enfant va commencer à se déplacer de plus en plus, sous différentes manières, et va donc maitriser lui-même la distance avec sa mère. Il va ainsi apprendre à contrôler la peur de la séparation en se familiarisant avec son environnement. C'est également dans cette phase, que l'enfant va s'attribuer un objet transitionnel, qui rendra l'absence de ses parents plus ou moins supportable.

Et pour terminer, la « *phase de rapprochement* »[23] entre 18 et 24 mois, âge auquel il porte une grande attention à ce que fait sa mère, il va faire des tentatives d'éloignement et de rapprochement avec elle de plus en plus importantes. Mais c'est seulement à l'âge de 21 mois qu'il trouvera la distance idéale pour gérer ses émotions.
Il progresse également en matière de langage, c'est l'âge auquel l'apprentissage pourra donc être débuté car il comprend, fait des jeux d'imitations et veut donc aller sur les toilettes. Il

[20] BERNATEAU.I. La séparation, un concept pour penser les relations précoces et leur réaménagement à l'adolescence [en ligne]. Disponible sur : <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01509890/document> (Consulté le 30 Mars 2020).

[21] RAEYMAEKERS.A. Le processus de séparation [en ligne]. Disponible sur <https://psychaanalyse.com/pdf/JUNG_INDIVIDUATION_LE%20PROCESSUS%20DE%20SEPARATION_2_PAGES_70_KO.pdf> (Consulté le 18 Mars 2020)

[22] Ibidem

[23] BERNATEAU.I. La séparation, un concept pour penser les relations précoces et leur réaménagement à l'adolescence [en ligne]. Disponible sur : <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01509890/document> (Consulté le 30 Mars 2020).

connaît également quelques parties de son corps et va utiliser le « *je* », ce qui signifie qu'il passe d'une complétude avec sa figure d'attachement principale à une personne à part entière et peut donc passer au stade suivant.

b. Le stade anal

Ce stade se situe selon Freud entre la deuxième et la troisième année de vie. L'enfant va prendre conscience qu'il a le contrôle de ce qu'il souhaite garder en lui et de ce qui au contraire veut expulser. Cette période peut donc être conflictuelle car il sait quand ses parents sont satisfaits, grâce aux plaisirs tirés du contrôle sphinctérien parmi lesquels on retrouve l'échange : « *si tu vas au pot, je te ferais un cadeau* ». Période dite « *conflictuelle* » également car l'enfant veut exercer son propre pouvoir, s'opposer à sa mère en maitrisant le plaisir de retenir ou d'expulser ses matières fécales. Il y a donc une double recherche, c'est soit : « *je me soumets pour être aimé par ma mère* » ou soit « *je m'oppose pour la dominer. »*[24]
Cela revient alors à la période d'opposition, du « non », décrite par Spitz dans la partie précédente. Quant à Mahler, cela revient à la phase de rapprochement, « *la mère doit répondre à deux demandes contradictoires entre le désir d'autonomie par l'exploration du monde, d'affirmation de soin et le besoin de rapprochement.* »[25] Si le rapprochement à la mère n'est pas possible dans ce stade, alors il existera une angoisse de séparation importante dès les 8 mois de l'enfant.
Suite à cette analyse du développement psycho-affectif de l'enfant entre 0 et 3 ans, je me questionne alors sur la façon dont l'enfant vivrait la séparation soudaine avec sa figure d'attachement principale. Je vais donc aborder ce thème par l'exemple du vécu d'une hospitalisation.

[24]LORIN, A. Les étapes du développement psychoaffectif de l'enfant, illustrées de dessin [en ligne]. Disponible sur <https://www.psychiatriemed.com/textes/42-dr-anne-lorin/86-les-etapes-du-developpement-affectif-de-lenfant-illustrees-de-dessins-dr-anne-lorin-.html.> (Consulté le 31 Mars 2020)

[25]RAEYMAEKERS.A. Le processus de séparation [en ligne]. Disponible sur <https://psychaanalyse.com/pdf/JUNG_INDIVIDUATION_LE%20PROCESSUS%20DE%20SEPARATION_2_PAGES_70_KO.pdf> (Consulté le 18 Mars 2020)

C. Le vécu de l'hospitalisation par l'enfant

L'hospitalisation est un contexte particulier pour l'enfant que sa maladie soit aigue ou chronique et va donc faire activer son système d'attachement. En effet : « *la maladie, la séparation, l'hospitalisation n'ont pas le même impact selon l'âge de l'enfant qui est surtout vulnérable entre 6 mois et 3 ou 4 ans.* »[26]

Effectivement, lorsque Bowlby a souhaité aborder la théorie de ce système, il a d'abord débuté par l'observation de jeunes enfants de 12 à 15 mois, hospitalisés. Il remarque, lors de cette étude, que les enfants expriment des émotions intenses lorsque les parents quittent la chambre et qu'ils se retrouvent donc séparés. Les enfants « *pleurent, crient, frappent les barreaux du lit et toute personne les approchant.* »[27] Mais cette réaction pouvait être limitée dans le temps jusqu'à ce que l'enfant comprenne que « *cela ne donnerait rien.* »[28] Et, au bout de quelques jours : « *ces enfants reprenaient vie et se laissaient intéresser par les jouets ou les activités qu'on leur offrait.* »[29]

Au lendemain de la guerre 1939/1945, Spitz effectue un travail auprès d'enfants séparés de leur mère en orphelinat et montre que ceux-ci, bien que correctement nourris et soignés, se dégradent de façon progressive, c'est le concept d'hospitalisme décrit comme un : « *Ensemble de troubles physiques dus à une carence affective par privation de la mère survenant chez les jeunes enfants placés en institution dans les dix-huit premiers mois de la vie.* »[30]

Suite à ce travail, il établit des recommandations dans le cadre d'une hospitalisation pédiatrique :

- « *La mère doit rester sur place pour un enfant de moins de 3 ans.*
- *Les visites doivent être fréquentes et journalières pour les enfants âgés de 3 à 6 ans.*
- *Une infirmière doit-être affectée à chaque enfant.*

[26] GUEDENEY, N et GUEDENEY, A. L'attachement : approche clinique et thérapeutique. Edition Elsevier Masson, 2ème édition, 2016, 424 pages.

[27] GAUTHIER, Y, FORTIN, G et JELIU, G. L'attachement un départ pour la vie. Edition Hôpital Sainte-Justine, 2009, 130 pages.

[28] Ibidem.

[29] GAUTHIER, Y, FORTIN, G et JELIU, G. L'attachement un départ pour la vie. Edition Hôpital Sainte-Justine, 2009, 130 pages.

[30] Ibidem.

- *Il est nécessaire de préparer les enfants pour leur séjour à l'hôpital*. »[31]

Le film de Robertson (1952) a fortement influencé les pratiques d'accueil de l'enfant et de ses parents à l'hôpital, mais ce n'est qu'à partir des années 70-80 que les modes d'accueil du jeune enfant hospitalisé ce sont centrés sur leurs besoins émotionnels avant tout. Une circulaire a donc été rédigée le 1er Août 1983 par le Ministère des Affaires Sociales et de la Solidarité Nationale, portant sur l'hospitalisation des enfants dans laquelle nous retrouvons l'admission conjointe d'un parent avec son enfant. (Annexe 1)
Mais quelles peuvent-être les conséquences de la non-application de ces conditions citées ci-dessus ?

Spitz fut l'un des premiers auteurs à avoir décrit l'hospitalisme mais Bowlby et Robertson ont plus tard rédigés les réactions du jeune enfant à la séparation de son parent. Ils identifient ainsi trois phases distinctes[32] :

- La protestation,
- Le désespoir,
- Et enfin le détachement.

Ils en concluent que « *chez le tout-petit, comme chez l'enfant plus grand, l'indisponibilité du caregiver favorise l'anxiété, la colère et la tristesse, puis un désengagement émotionnel* »[33].

Le caregiver est indispensable pour l'enfant et fait partie intégrante de son système d'attachement, je vais donc terminer cette partie et en entamer une réflexion sur la conception de celui-ci.

[31] GAUTHIER, Y, FORTIN, G et JELIU, G. L'attachement un départ pour la vie. Edition Hôpital Sainte-Justine, 2009, 130 pages.
[32] GUEDENEY, N et GUEDENEY, A. L'attachement : approche clinique et thérapeutique. Edition Elsevier Masson, 2ème édition, 2016, 424 pages.
[33] Ibidem.

2) L'attachement

A. Définition du processus

L'attachement est défini par le Psychiatre et Psychanalyste Anglais J.Bowlby dans les années soixante, comme un « *besoin social primaire de l'enfant* », « *un lien affectif durable d'un enfant envers un adulte qui en prend soin (généralement le parent)* »[34]. Par cette définition, je comprends donc que la personne doit être attentive aux besoins de l'enfant pour créer ce lien nécessaire à sa survie. Ce concept s'est développé après la seconde guerre mondiale suite aux travaux réalisés par Bowlby concernant les enfants en carences de soins maternels.
T.Saias, docteur en psychologie ajoute à cette notion : « *et qui se manifeste notamment par divers comportements permettant à l'enfant, surtout dans les moments de détresse, d'interagir avec cet adulte. Le type d'attachement de l'enfant est ainsi considéré comme un puissant modérateur de santé ultérieure de l'enfant.* »[35]

Le processus d'attachement comprend 4 étapes de développement définies par la psychologue Américaine Ainsworth et al en 1978 et par Pierre Humbert en 2003[36] :

- Avant 2 mois : « *phase de pré attachement ; le bébé manifeste des comportements-signaux sans différencier les personnes*. » L'enfant ne distingue pas ses parents d'une autre personne, l'essentiel étant qu'il obtienne une réponse à ses besoins, peu importe la personne lui apportant.
- De 2 à 7 mois : « *la construction de l'attachement ». L'enfant a recours à divers comportements visant à obtenir la proximité physique du parent. Il différencie les personnes, mais la substitution de la principale figure d'attachement est encore possible.* » Toute autre personne que sa figure maternelle peut satisfaire ses besoins mais a besoin d'une proximité physique.

[34] SAIAS, T, BONNARD, A, SMAILI, H, CLOUET, F et POISSANT, J. Favoriser l'attachement parents-enfants. In *Cahiers de la puéricultrice*. Janvier 2015, N°283, p. 12-16.

[35] Ibidem.

[36] GOLDBETER-MERINFELD.E. Théorie de l'attachement et approche systémique [en ligne]. Éditeur : De Boeck Supérieur. 166 pages. Format PDF. Disponible sur <https://www.cairn.info/revue-cahiers-critiques-de-therapie-familiale-2005-2-page-13.htm>

- A partir de 7 mois : « *étape de l'établissement d'une relation d'attachement franche, et sélective envers une personne privilégiée ; la substitution n'est plus possible. De la détresse se manifeste lors des séparations*. » Dans ce cas, l'enfant souhaite recevoir des réponses à ses besoins uniquement par sa figure d'attachement et ne se sent pas en sécurité avec une autre personne.

Selon cette notion de relation d'attachement, j'imagine que Robin, âgé de 18 mois, se situe au sein de cette étape de développement du lien d'attachement. En effet, il présente des difficultés d'endormissement, que l'on peut mettre en lien avec l'absence de sa figure d'attachement. Il présente un sentiment de stress, d'angoisse, se sent seul, il a besoin de la présence de sa mère pour se sentir en sécurité et s'apaiser.

- Dès l'âge de 3-4 ans : « *étape du partenariat ajusté ». L'enfant est capable d'une certaine compréhension du point de vue de l'autre, va chercher à influencer celui-ci afin d'obtenir de sa part certains avantages du point de vue relationnel, comme de l'intérêt ou des soins.* » L'enfant se distingue de sa mère, il arrive à se détacher de sa figure maternelle afin de s'attacher à de nouvelles figures. Mais pour cela il faut d'abord que sa figure d'attachement ait répondu à ses besoins dans le but de développer un attachement sécure et de s'ouvrir au monde extérieur, il pourrait sinon développer un attachement « *insécure* ».

On en déduit par ces définitions que l'attachement permet la survie de l'enfant, que pour répondre aux besoins du bébé, les parents doivent faire preuve de disponibilité physique et psychologique, ces éléments sont essentiels pour le développement de l'enfant. De plus, le système d'attachement est constitué de compétences innées du nourrisson. En effet, s'il présente des difficultés d'endormissement ou s'il est douloureux, il va se mettre à pleurer afin d'attirer l'attention et la proximité de ses parents. Puis, au fur et à mesure de ces interactions entre l'enfant et sa figure d'attachement dans le quotidien, un lien va se construire. Il est appelé lien d'attachement : « *ce lien s'établit à 7 mois, l'âge de maturation se situe entre 8 et 24 mois et est fixé à 3 ans, âge auquel il peut y avoir une modification du système d'attachement*. »[37]

[37] BACRO.F et FLORIN.A Spécificité des Modèles internes opérants : les représentations d'attachement au père et à la mère chez des enfants de 3 à 5 ans. Éditeur : Presses Universitaires de France. 112 pages. Format PDF. Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-enfance1-2008-2-page-108.htm>

L'enfant peut donc passer d'un attachement sécure à in sécure à l'âge de 3 ans, après cela ne serait plus possible.
Si la figure d'attachement répond de façon satisfaisante aux besoins exprimés par le système d'attachement de l'enfant, cela va déclencher une mémorisation de cette réponse et va permettre : « *la construction d'une représentation de soi, de l'autre et des relations à autrui* »[38] autrement appelé : « *Modèle Interne Opérant* » qui contient la perception positive de soi, des autres, ainsi qu'un modèle pour s'occuper de l'autre.

« *La théorie de l'attachement va permettre à l'individu d'utiliser les autres pour prendre son propre envol, s'aider du connu pour s'ouvrir à l'inconnu, s'appuyer sur le passé pour embrasser l'avenir*. »[39]

Le processus alors défini, nous comprenons que l'attachement est basé sur différents types de relation et donc décrit sous différentes formes que je vais aborder.

B. Les différentes formes d'attachement

Je souhaite aborder les différents types de qualité de l'attachement repris par S.Euillet dans l'article : le système d'attachement de l'enfant, entre singulier et pluriel. Il en existe quatre types[40] selon M.Ainsworth, psychologue Américaine qui a également décrit les différentes étapes de développement du processus d'attachement.

[38] BACRO.F et FLORIN.A Spécificité des Modèles internes opérants : les représentations d'attachement au père et à la mère chez des enfants de 3 à 5 ans. Éditeur : Presses Universitaires de France. 112 pages. Format PDF. Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-enfance1-2008-2-page-108.htm>

[39] RENAULT.A. Psychologie et développement de l'enfant [en ligne]. Disponible sur <https://ressources-cemea-pdll.org/IMG/pdf/developpement_enfant_dossier.pdf.> (Consulté le 30 Mars 2020)

[40] EUILLET, S. Le système d'attachement de l'enfant, entre singulier et pluriel. In *Cahiers de la Puéricultrice*. Octobre 2012, N°260, p. 13-16.

a. L'attachement sécure

Suite à ces divers comportements de pleurs, vocalises… Réconfortés par l'adulte, l'enfant va comprendre qu'il peut alors faire confiance à ses parents et va ressentir une sensation de sécurité, c'est ce qui est également appelé attachement « *sécure* ».

Bowlby décrit plusieurs types d'attachement comme étant un « *besoin humain inné* »[41]. N.Guédeney, Pédopsychiatre, ajoute en 2005 que pour l'installation d'un lien sécure, vital, il est nécessaire : « *une disponibilité, et une attention empathique de la figure d'attachement dans les soins et les relations (le caregiving) pour et avec le bébé. Si ces conditions sont réunies, un climat de sécurité s'instaure, qui permet une évolution harmonieuse de l'enfant aux plans somatique, psychologique et social : on parle alors d'un attachement sécure, base de sécurité et de développement pour l'enfant.* »[42]

Premièrement, l'attachement sécure existe selon moi, lorsque les parents répondent à leur enfant dans le besoin, lorsqu'il pleure par exemple, il indique un signal, le parent va donc y répondre, l'enfant s'apaise et va donc se sentir en sécurité. Il comprend en fonction du signal émis, que l'adulte lui apportera la même réponse lorsqu'il manifeste ce comportement : ici dans l'exemple des pleurs, imaginons que l'adulte prend l'enfant dans ses bras, il se sentira en sécurité, sera rassuré et va donc s'apaiser. En effet, lors d'un moment de stress, l'enfant va activer son système d'attachement pour émettre un signal qui va permettre d'attirer l'attention de l'adulte afin de répondre à ses besoins. Mais à contrario, en dehors d'un stress, d'une menace il sera être autonome dans la régulation de ses émotions. M. Ainsworth le définit ainsi : « *L'attachement sécure : caractérise un enfant qui interagit facilement avec sa figure d'attachement, trouve rapidement du réconfort auprès d'elle et explore aisément son environnement* ».[43]
Si l'enfant est auprès de sa figure d'attachement et qu'il y trouve un certain réconfort il se sentira donc en sécurité pour découvrir son environnement.

41 SAIAS, T, BONNARD, A, SMAILI, H, CLOUET, F et POISSANT, J. Favoriser l'attachement parents-enfants. In *Cahiers de la puéricultrice*. Janvier 2015, N°283, p. 12-16.

42 Ibidem.

43 EUILLET, S. Le système d'attachement de l'enfant, entre singulier et pluriel. In *Cahiers de la Puéricultrice*. Octobre 2012, N°260, p. 13-16.

b. L'attachement anxieux-évitant, dit « in sécure »

Ensuite : « *L'attachement anxieux-évitant : réunit les enfants qui manifestent un certain détachement à l'égard de la figure d'attachement dans des situations stressantes* »[44]. Lorsque l'enfant se trouve dans une situation stressante, il se referme sur lui-même, semble indifférent en étant distant avec sa figure maternelle.

c. L'attachement résistant-ambivalent

Puis : « *L'attachement résistant-ambivalent : qualifie un enfant qui exprime une préoccupation constante à l'égard du parent par des comportements d'hyper vigilance et de dépendance exagérés* »[45]. Lors d'une séparation avec sa figure maternelle, l'enfant présente un sentiment d'angoisse très important qu'il est difficile de « *calmer* », il n'est donc pas en capacité d'explorer son environnement, mais lorsqu'il retrouve sa figure maternelle, l'enfant ressent de la colère, n'arrivant pas à se calmer mais désire malgré tout être auprès de sa mère.

d. L'attachement désorganisé-désorienté

In fine : « *L'attachement désorganisé-désorienté : regroupe des enfants qui démontrent des tendances comportementales contradictoires et présentent des comportements inhabituels, d'une ambivalence extrême, associés à un manque de coordination dyadique (c'est-à-dire reliant deux éléments)* »[46]. Selon Bowlby : « *l'enfant dans ce cas serait partagé entre la terreur du contact et la terreur du rejet.* »

Afin d'approfondir ces propos, je souhaite ajouter des éléments à cette notion citée dans le livre : *l'attachement un départ pour la vie*. « *Semble se retrouver chez des enfants qui viennent de milieux dysfonctionnels, mais plus essentiellement chez ceux qui vivent dans une famille maltraitante. Un enfant, bien que victime de son parent, ne peut faire autrement que de*

44 EUILLET, S. Le système d'attachement de l'enfant, entre singulier et pluriel. In *Cahiers de la Puéricultrice*. Octobre 2012, N°260, p. 13-16.

45 Ibidem.

46 EUILLET, S. Le système d'attachement de l'enfant, entre singulier et pluriel. In *Cahiers de la Puéricultrice*. Octobre 2012, N°260, p. 13-16.

s'attacher à lui. »[47] Grâce à cet ajout, je comprends donc que l'enfant a besoin d'un lien d'attachement pour vivre et que donc malgré une perturbation familiale, un dysfonctionnement de réponse à ses besoins, il s'attachera.

Robin présentait selon moi un attachement sécure mais la séparation d'avec ses parents et son environnement était une source d'anxiété. En effet, hospitalisé dans un milieu inconnu et en l'absence de ses figures d'attachement, Robin est agité et pleure intensément. Il n'a plus de repères, il se retrouve donc face à une menace mais est rassuré par une réponse aux différents besoins de la part des soignants. Le fait qu'il soit hospitalisé depuis un certain temps mobilise aussi son système d'attachement. Cela lui permet alors de réguler son stress.

Je vais aborder ci-dessous les différentes figures d'attachement suite à cette présentation.

C. Les figures d'attachement

1. Définition

Concernant les figures d'attachement, celles-ci peuvent-être définies comme : « *lien émotionnel qui contribue à la recherche de proximité et de contact avec les personnes auxquelles nous nous attachons.* »[48] l'auteur de cette citation ajoute également : « *Les différentes formes d'attachement peuvent être considérées comme des stratégies élaborées par l'enfant pour se défendre contre l'angoisse de séparation.* »[49]

Pour participer au développement de l'enfant, l'adulte qui représente sa figure d'attachement doit, selon C. Howes professeur du programme de doctorat en psychologie à l'université de Los Angeles : « *prendre soin physiquement de l'enfant, avoir une présence importante, régulière et stable auprès de lui, l'investir émotionnellement et être sensible à ses besoins singuliers. Ainsi, les parents peuvent constituer ces figures d'attachement mais d'autres adultes dans*

[47] GAUTHIER, Y, FORTIN, G et JELIU, G. L'attachement un départ pour la vie. Edition Hôpital Sainte-Justine, 2009, 130 pages.

[48] SOLIS-PONTON.L La parentalité, défi pour le troisième millénaire. Edition Puf, 2002, 448 pages.

[49] Ibidem.

l'environnement de l'enfant peuvent réunir ces caractéristiques, notamment les care givers, les donneurs de soins. »[50]

Il existe 3 types de comportements permettant à l'enfant d'attirer l'attention de sa figure d'attachement décrit par Simpson et Belsky (2008)[51] :

- « *Les comportements de signalisation (sourires, vocalises) : servent à attirer la figure d'attachement vers le bébé en vue d'interactions positives.*
- *Les comportements aversifs (pleurer, crier) visent à attirer la figure d'attachement vers le bébé, mais pour mettre fin à un inconfort.*
- *Enfin, les comportements actifs (agrippement, poursuite) sont ceux au cours desquels l'enfant se rapproche de sa figure d'attachement afin de réduire la distance. »*

Ces comportements suivants vont permettre la régulation de la distance physique avec l'adulte par : des sourires, des sons… En effet, l'enfant recherche la proximité d'un adulte ou de sa figure d'attachement afin qu'il ait une réponse à ses besoins. Cette proximité a pour intérêt de : « *permettre à l'enfant de se construire une base de sécurité, essentielle à son développement, lui permettant ultérieurement de s'ouvrir au monde extérieur pour l'explorer en toute confiance.* »[52]

Afin de connaître les conditions d'attribution de la figure d'attachement, je vais étudier plusieurs auteurs dans la partie suivante.

2. Les conditions d'attribution de la figure d'attachement : le caregiving

John Bowlby définit le caregiving comme le « *versant parental de l'attachement* »[53] et comme *« la réciprocité du système d'attachement. Il représente la capacité à « prendre soin »*

[50] EUILLET, S. Le système d'attachement de l'enfant, entre singulier et pluriel. In *Cahiers de la Puéricultrice*. Octobre 2012, N°260, p. 13-16.

[51] ROSKAM, I, GALDIOLO, S, MEUNIER, JC et STIEVENART, M. Psychologie de la parentalité : modèles théoriques et concepts fondamentaux. Edition De Boek, 2015, 325 pages.

[52] FORMARIER.M. Les concepts en soins infirmiers [en ligne]. Éditeur : association de recherche en soins infirmiers. 328 pages. Format PDF. Disponible sur <https://www.cairn.info/concepts-en-sciences-infirmieres-2eme-edition--9782953331134.htm>

[53] DUFOUR, G. Césarienne et attachement, le rôle de la puéricultrice en maternité. In *Cahiers de la Puéricultrice*. Mars 2014, N°275, p. 35- 38.

du bébé aussi bien au niveau physique qu'affectif. Il s'agit d'un « équilibre dynamique »[54]. Par cela, on comprend que le rôle du caregiver représente la capacité à donner des soins, à s'occuper d'un autre, que cela soit au niveau physique ou affectif. Le système de caregiving s'active lorsque l'enfant émet différents signaux et se désactive lorsqu'il est réconforté par l'adulte.

Afin d'aborder l'élaboration du caregiving, il faut savoir que celui-ci est constitué de plusieurs éléments : « *Le lien qui survient entre un bébé et son caregiver est composé de deux dimensions. Le bonding s'installe sur une période relativement brève (quelques heures à une semaine en général), après la naissance : ce sont les sentiments chaleureux et proches vécus par le parent dès les premières heures ou jours de la vie du bébé. Le bonding a une base biologique forte et facilite le déclenchement du caregiving*. »[55] Si cette dimension n'est pas installée, le processus de déclenchement du caregiving sera plus difficile à débuter.

D'après les différentes théories initiales, la mère caractérisait auparavant exclusivement la figure d'attachement. S. Euillet ajoute également à ces différentes théories comme l'a fait C. Howes, que désormais cette figure n'est plus incontournable et peut être représentée par un adulte qui apportera les soins nécessaires à l'enfant : « *Aujourd'hui, l'élargissement aux adultes prenant soins des enfants est admis grâce à la conception du caregiving et des attachements multiples* »[56]. Nicole Guédeney écrit : « *L'extension du caregiving au-delà de la période de sevrage, permet aux autres que la mère de prendre soin d'un bébé* »[57].
Lorsque l'adulte s'engage dans une interaction avec l'enfant en répondant à ses besoins, ses comportements de manière régulière, le plus durablement possible et de la façon la plus adéquate, alors celui-ci est susceptible de devenir la figure d'attachement pour l'enfant en question. Le caregiving représente donc la base dans l'instauration du lien d'attachement.

54 DUFOUR, G. Césarienne et attachement, le rôle de la puéricultrice en maternité. In *Cahiers de la Puéricultrice*. Mars 2014, N°275, p. 35- 38.

55 GUEDENEY, N, LAMAS, C, BEKHECHI, V, MINTZ, AS, GUEDENEY, A. Développement du processus d'attachement entre un bébé et sa mère. In *Archives de pédiatrie*, Juin 2008, volume 15, N°S1, p 12-19.

56 EUILLET, S. Le système d'attachement de l'enfant, entre singulier et pluriel. In *Cahiers de la Puéricultrice*. Octobre 2012, N°260, p. 13-16.

57 GUEDENEY, N, LAMAS, C, BEKHECHI, V, MINTZ, AS, GUEDENEY, A. Développement du processus d'attachement entre un bébé et sa mère. In *Archives de pédiatrie*, Juin 2008, volume 15, N°S1, p 12-19.

Je vais donc aborder dans la partie suivante, les différentes personnes susceptibles d'être la figure d'attachement principale de l'enfant.

3. Les différents caregivers

Les docteurs Gauthier, Fortin et Jeliu écrivent : « *La réponse de l'adulte, par ses variations en qualité, en constance et en permanence, module différemment les perceptions du nourrisson qui s'en trouve façonné différemment, créant ainsi divers profils d'attachement*. »[58] Nicole Guédeney, complète ces auteurs : « *Il apparaît que l'enfant peut s'attacher, en même temps ou à des moments différents, à plusieurs personnes, même si c'est à des degrés variables.* »[59] L'enfant peut donc bénéficier de plusieurs attachements mais aura une figure principale autour de laquelle pourront se rajouter des figures d'attachement secondaires.
Avant de les aborder, rappelons que l'attachement est : « *le lien affectif qu'un individu établit avec les personnes du système familial.* »[60]

La parentalité

La notion de parentalité est abordée depuis la seconde moitié du XXème siècle[61]. Elle regroupe les fonctions et les rôles parentaux. Selon les auteurs du livre Psychologie de la parentalité[62], son émergence est surement liée aux guerres mondiales qui ont conduit à des séparations familiales entraînant l'institutionnalisation est « *l'allo-parentalité*[63] » afin de prendre soin des enfants orphelins.

58 GAUTHIER, Y, FORTIN, G et JELIU, G. L'attachement un départ pour la vie. Edition Hôpital Sainte-Justine, 2009, 130 pages.

59 ROSKAM, I, MEYER, V et DESHAYES, JL. Figures d'attachement et soins du lien mère-enfant. Edition Harmattan, 2017, 180 pages.

60 SOLIS-PONTON.L La parentalité, défi pour le troisième millénaire. Edition Puf, 2002, 448 pages.

61 Ibidem.

62 ROSKAM, I, GALDIOLO, S, MEUNIER, JC et STIEVENART, M. Psychologie de la parentalité : modèles théoriques et concepts fondamentaux. Edition De Boek, 2015, 325 pages.

63 Ibidem : L'allo-parentalité signifie : « *se réfère à la parentalité d'individus autres que les parents biologiques et exerçant une fonction parentale*. »

L. Caritoux, puéricultrice, définit ce processus : « *Ainsi le mot « parentalité » met l'accent sur la qualité d'être parent comprise à la fois dans sa fonction biologique, sociale, symbolique, éducative et de transmission de valeurs ou d'histoire familiale* »[64]

D'après C. Strumeyer, cadre supérieure puéricultrice, formatrice, les psychologues considèrent la parentalité comme étant un « *processus maturatif* : *ensemble des réaménagements psychiques et affectifs qui permettent à des adultes de devenir parents et de répondre aux besoins physiques, affectifs et psychiques de leur(s) enfant(s)*. »[65]

La parentalité est donc un concept étendu qui sera différent dans chaque famille car il n'y a pas de modèle prédéfini. Une des notions de ce concept restant identique à chaque famille, est la réponse adéquate qu'ont les parents aux besoins de leur enfant.

Le processus de parentalité prend son élan dans des interactions comportementales, affectives et fantasmiques. Il repose sur des fonctions parentales définies comme : « *un ensemble d'activités visant à assurer la production et le développement d'enfants aptes à bien fonctionner dans une société donnée* » [66]. Elles reposent sur l'existence de compétences précises : nourrir, protéger, guider et contrôler. Ces compétences parentales sont les habiletés concrètes permettant de nourrir, protéger, guider et contrôler de façon efficace et efficiente les enfants, pour qu'ils deviennent des personnes aptes à bien vivre dans la société.

Selon le Professeur Pierre DELION, pédopsychiatre, ce concept est caractérisé comme : « *L'ensemble des remaniements psychiques à l'œuvre chez chaque parent pour investir le bébé et s'y attacher*. »[67]
Ainsi, la parentalité entraîne un lien d'attachement entre le parent et l'enfant, essentiellement avec la mère puisque c'est elle qui dès la naissance va répondre à ce besoin de proximité

[64] CARITOUX, L. La parentalité une notion en devenir. In *Cahiers de la puéricultrice*. Avril 2009, N° 226, p. 10-12.

[65] STRUMEYER, C. Qu'est-ce que la parentalité aujourd'hui ? In *Soins Pédiatrie/Puériculture*. Août 2007, N°237, p. 16-19.

[66] RENAULT.A. Psychologie et développement de l'enfant [en ligne]. Disponible sur <https://ressources-cemea-pdll.org/IMG/pdf/developpement_enfant_dossier.pdf.> (Consulté le 30 Mars 2020)

[67] Ibidem.

physique du bébé, en lui apportant un sentiment plus intense de sécurité notamment par sa proximité immédiate avec lui dès sa première heure de vie.
Mais, dans l'ouvrage « *l'attachement un départ pour la vie* », le rôle du père est abordé par les pédiatres auteurs, et est décrit comme également une figure d'attachement à conditions : « *qu'il assure une présence aussi continue que possible dans le quotidien de son enfant* »[68] dans les jeux, les repas, les bains, le sommeil. Ces éléments vont permettrent de construire un attachement puisque le père répond aux besoins de son enfant mais cet attachement peut se retrouver également sécure ou in sécure selon les différentes réponses apportées.

Les grands parents

Sujets importants dans la vie des enfants, je m'interroge sur leurs représentations. Les pédiatres auteurs : Y.Gauthier, G.Fortin et G.Jeliu l'ont également abordé : « *les grands parents peuvent aussi devenir des figures d'attachement pour l'enfant, s'ils le voient fréquemment, mais particulièrement s'ils en assument la garde, souvent ou quotidiennement.* »[69]

La fratrie

Également abordé dans le livre « *l'attachement un départ pour la vie* », l'enfant le plus âgé de la fraterie peut devenir figure d'attachement pour un bébé qui naît avec plusieurs années d'écarts. En effet, c'est comme la relation avec les grands-parents, c'est à dire que l'aîné doit être disponible, attentif et doit répondre aux besoins du bébé de manière régulière durant une longue période.

Les soignants

Peut-on considérer que les soignants soient des caregivers alternatifs ?

Selon Bowlby : « *Une condition importante pour protéger l'enfant du stress des séparations d'avec les parents serait que l'enfant puisse nouer des attachements aux personnes*

[68] GAUTHIER, Y, FORTIN, G et JELIU, G. L'attachement un départ pour la vie. Edition Hôpital Sainte-Justine, 2009, 130 pages.
[69] Ibidem.

qui s'occupent de lui régulièrement »[70]. Ces profils seraient donc définis comme des figures d'attachement secondaires. Goossens, psychanalyste, ajoute en 1990 : « *L'attachement avec les professionnels seraient indépendants de ceux avec les parents*. »[71]

Avant la seconde guerre mondiale, Bowlby a « *l'intuition que les hospitalisations prolongées sans visites des parents augmentent le risque d'évolution vers des troubles antisociaux* »[72]. C'est ainsi que certains médecins vont : « *souligner la souffrance des jeunes enfants hospitalisés privés du contact régulier avec leurs parents.* »[73] Les infirmières sont donc amenées à : « *prendre les enfants fréquemment pour les câliner, et introduisent le principe d'une infirmière dédiée à chaque enfant.* »[74] L'enfant va donc tisser des liens temporaires avec une personne de substitution, ici l'infirmière.

Avant l'âge de 5 ans les hospitalisations vont entraîner des troubles psychologiques dans les mois suivants si la principale figure d'attachement n'est pas accessible physiquement et émotionnellement pour de longues périodes : « *moins les mères viennent rendre visite à leur enfant hospitalisé, plus ceux-ci souffrent de la séparation.* » [75] Il faut donc créer des conditions de sécurité pour l'enfant. Nicole et Antoine Guédeney écrivent : « *Pour l'enfant de moins de 3 ans, la présence physique quotidienne de la figure d'attachement principale ou d'une figure d'attachement auxiliaire est recommandée.* » [76] L'instauration d'une relation entre le soignant et l'enfant hospitalisé comme base de sécurité fait partie intégrante des différents besoins de l'enfant.

Pour conclure sur cette partie, le soignant peut donc devenir un caregiver alternatif pour l'enfant car il répondra de manière adaptée à ses besoins.

[70] GAUTHIER, Y, FORTIN, G et JELIU, G. L'attachement un départ pour la vie. Edition Hôpital Sainte-Justine, 2009, 130 pages.

[71] Ibidem.

[72] GUEDENEY, N et GUEDENEY, A. L'attachement : approche clinique et thérapeutique. Edition Elsevier Masson, 2ème édition, 2016, 424 pages.

[73] Ibidem.

[74] GUEDENEY, N et GUEDENEY, A. L'attachement : approche clinique et thérapeutique. Edition Elsevier Masson, 2ème édition, 2016, 424 pages.

[75] Ibidem.

[76] Ibidem.

Je vais donc aborder la posture de la puéricultrice au sein de la relation soignant-soigné, celle-ci doit-être base de confiance et de sécurité afin de limiter les conséquences pour l'enfant de l'inaccessibilité à sa figure d'attachement principale.

3) La puéricultrice et l'enfant hospitalisé seul

A. La profession de puéricultrice

1. Les généralités

Je souhaite débuter cette partie en rappelant que la formation de puéricultrice se déroule sur une année. Cette profession est définie dans l'ouvrage *le guide de la puéricultrice* comme une : « *Spécialité de la profession d'infirmière, elle se préoccupe de la promotion, de la prévention et de la protection de la santé de l'enfance et de la famille. Du fait de son statut d'infirmière spécialisée, ses obligations et responsabilités professionnelles relèvent de la réglementation du corps infirmier.* »[77] C.Duverdier, cadre supérieure infirmière puéricultrice, accentue la nécessité d'une année d'étude de spécialisation en puériculture pour connaître et répondre aux besoins de l'enfant de façon précise, afin de l'accompagner durant son hospitalisation et caractérise donc l'année d'études comme : « *une formation dans laquelle se conjuguent : attention, savoir et savoir-faire.* »[78]

Ces définitions précisent donc l'exercice de la puéricultrice comme étant des activités de soin, de prévention, d'éducation au sein des établissements de santé, des services d'accueil, de protection et de promotion afin de maintenir l'état de santé de l'enfant et de sa famille.

Le savoir-faire de la puéricultrice s'organise donc autour de son corps de métier qui est le prendre soin de l'enfant. Le guide de la puéricultrice ajoute que cette profession contribue activement à :

- « *L'évaluation des besoins spécifiques du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent et à l'adaptation des réponses ;*
- *A la prévention et au dépistage précoce de ce qui risque de perturber leur développement ;*

[77] GASSIER, J. Le guide de la puéricultrice. Edition Elsevier Masson, 3ème édition, 2007, 1280 pages.

[78] DE SAINT-SAUVEUR, C et DUVERDIER, C. Infirmière puéricultrice, une profession en pleine évolution. In *Soins pédiatrie/puériculture*. Octobre 2008, N°244, p. 31-34.

- *A la mise en œuvre des thérapeutiques dans une démarche de soin ;*
- *A l'élaboration et à la réalisation de projet d'action à visée éducative en matière de santé, tant au plan individuel que collectif.* »[79]

Ses actions relèvent donc de soins à visé préventifs, éducatifs et curatifs auprès de l'enfant mais également auprès des personnes l'ayant à charge : les parents, l'assistante familiale, ou tout autre personne représentant l'autorité parentale. La puéricultrice a donc un rôle également auprès des adultes qui ont à charge des enfants. Le guide de la puéricultrice précise effectivement son rôle comme des interventions :

- « *En amont de moments de « rupture » d'équilibre que constitue la maladie ou un environnement familial ou social transitoirement défaillant ;*
- *Au moment de la rupture elle-même pour en atténuer les conséquences et prévenir les effets indésirables ;*
- *Dans le cadre de l'organisation de la vie quotidienne familiale ou sous forme d'un soutien de la famille en période difficile ou encore lors d'événements risquant d'altérer l'équilibre, parfois déjà fragile, de la santé familiale.* »[80]

La puéricultrice peut exercer dans différents secteurs comme dans les services de protection maternelle et infantile (PMI), dans les établissements d'accueil du jeune enfant, dans les pouponnières, et dans le milieu hospitalier, c'est d'ailleurs au sein de ce milieu que j'ai souhaité axer mon projet professionnel. Je vais donc aborder son rôle en service hospitalier.

2. Son rôle en milieu hospitalier

Selon les auteurs de l'ouvrage *le guide de la puéricultrice* : « *La puéricultrice qui exerce à l'hôpital est en avance sur son temps parce qu'elle interroge les pratiques médicales au travers d'une approche globale.* »[81] Parmi les services en secteur hospitalier, on retrouve donc ceux accueillant des enfants : la maternité, les urgences pédiatriques, la néonatologie, la chirurgie, la pédiatrie générale, les services de réanimation…

C'est grâce aux différents corps de métier et donc à une équipe pluridisciplinaire avec laquelle les puéricultrices collaborent, qu'elles vont contribuer à préserver la qualité de vie des enfants.

[79] GASSIER, J. Le guide de la puéricultrice. Edition Elsevier Masson, 3ème édition, 2007, 1280 pages.

[80] Ibidem.

[81] GASSIER, J. Le guide de la puéricultrice. Edition Elsevier Masson, 3ème édition, 2007, 1280 pages.

En effet, parmi le personnel on retrouve tout d'abord le binôme de la puéricultrice c'est-à-dire l'auxiliaire de puériculture ou l'aide-soignante dans certains services, ensuite les pédiatres : qui ont un rôle prescripteur et qui leurs délèguent alors les soins auprès de l'enfant. Puis les assistantes sociales, les psychologues et autres professions exerçant en secteur médico-social. Ces professionnels accompagnent, prennent soin de l'enfant hospitalisé en respectant les fondements de la charte de l'enfant hospitalisé. (Annexe 2)

Cette charte va résumer et réaffirmer les droits des enfants hospitalisés. Décrite par plusieurs associations européennes, c'est en 1988 qu'elle fut éditée. Je tiens à préciser quelques droits portant sur le thème de mon projet professionnel :

- « *L'équipe soignante doit-être organisée de façon à assurer une continuité dans les soins à chaque enfant.*
- *L'équipe soignante doit-être formée à répondre aux besoins psychologiques et émotionnels des enfants et de leur famille.* »[82]

En effet, l'enfant à des besoins spécifiques et évolutifs qu'il faut respecter et qui selon son stade de développement, son état de santé, sa situation, selon l'accompagnement et la participation de sa famille à son traitement, seront différents.

La puéricultrice face à l'enfant hospitalisé seul va alors respecter ses besoins, son rythme, son développement lors de la réalisation des actes, des soins relevant soit de son rôle propre, ou soit de son rôle sur prescription médicale. C'est ainsi qu'elle accompagnera l'enfant dans une proximité directe et dans le respect de l'autre grâce à sa bienveillance et à son objectivité qui est de maintenir ou de restaurer l'état de santé de l'enfant. Elle a donc un rôle d'accompagnante également.

D'ailleurs, P. Verspieren, enseignant en philosophie, définit initialement l'accompagnement auprès du patient en soins palliatifs, puis l'élargit aux alentours des années 1990 aux champs des professions sanitaires et sociales et écrit : « *Accompagner quelqu'un ce n'est pas le précéder, lui indiquer la route, lui imposer un itinéraire, ni même connaître la direction qu'il*

82 UNESCO. Charte Européenne de l'enfant hospitalisé [en ligne]. Disponible sur <https://www.sparadrap.org/sites/default/files/inline-files/charte%20europeenne%20des%20droits%20de%20enfants%20hospitalises_enfants.pdf> (Consulté le 01 Mai 2020)

va prendre ; mais c'est marcher à ses côtés en le laissant libre de choisir son chemin et le rythme de son pas. »[83]

La puéricultrice a également un rôle d'accompagnante auprès de l'enfant hospitalisé seul et peut alors devenir figure d'attachement secondaire en répondant à ses besoins. Rappelons que le processus d'attachement évolue de manière inconsciente mais pourrait-il être influencé par la relation qu'a la puéricultrice avec l'enfant ?

B. La relation soignant-soigné en pédiatrie

1. La notion de juste distance

Lorsque l'enfant est hospitalisé en l'absence de ses parents ou substituts, les soignants sont amenés à s'occuper de lui et à répondre à ses besoins. Une relation va donc s'instaurer entre le soignant et le soigné.

Alexandre Manoukian, psychologue clinicien, définit la relation comme étant : « *une rencontre entre deux personnes au moins, c'est-à-dire deux caractères, deux psychologies particulières et deux histoires ; nous pouvons alors compléter notre définition par l'énumération d'autres facteurs intervenant dans l'établissement d'une relation : les facteurs psychologiques, les facteurs sociaux et les facteurs physiques* »[84] Il précise également : « *c'est avec son corps, sa parole et son affectivité que l'on entre en relation.* »[85] Dans les facteurs psychologiques peuvent être inclus : les émotions, les valeurs personnelles, les représentations… Dans les facteurs sociaux on retrouve l'adhérence à une catégorie socioprofessionnelle, à une tranche d'âge… Et pour terminer concernant les facteurs physiques : les conceptions propres à chacun, la prestance physique…

Concernant cette définition, je comprends donc que la relation implique deux personnes, ici le soignant : la puéricultrice, ainsi que le soigné : l'enfant.

[83] FORMARIER.M. Les concepts en soins infirmiers [en ligne]. Éditeur : association de recherche en soins infirmiers. 328 pages. Format PDF. Disponible sur <https://www.cairn.info/concepts-en-sciences-infirmieres-2eme-edition--9782953331134.htm>

[84] MANOUKIAN, A. La relation soignant-soigné. Edition Lamarre, 4ème édition, 2014, 202 pages.

[85] Op.cit

Le soignant peut être défini comme étant la personne qui va dispenser les soins au soigné dans le but de rétablir ou de maintenir un état de santé.

Walter Hesbeen, Infirmier et Docteur en santé publique à l'Université catholique de Louvain, décrit ce terme comme : « *l'ensemble des intervenants de l'équipe pluridisciplinaire, qui ont tous pour mission fondamentale de prendre soin des personnes, et ce quelle qu'en soit la spécificité de leur métier. (…) C'est une profession dont l'action est marquée par l'intention de prendre soin des personnes et pas seulement de faire des soins. »*[86] Je comprends que la relation soignant-soigné constitue alors la base de tout soin.

Je tiens à ajouter, qu'au sein de la population pédiatrique, la relation soignant-soigné va établir un lien plus étroit. En effet, Jean Argenty, formateur en soins infirmiers, définit la relation sur le plan psychologique comme étant : « *un lien entre deux personnes* »[87]. La relation avec l'enfant demande plus de disponibilité qu'avec un adulte car il faut répondre notamment à son besoin d'affection puisqu'il est seul. Le lien au sein de cette relation peut donc s'intensifier et peut : « *laisser place à un attachement entre l'enfant et le soignant et donc une proximité dans la relation créée. Or cette proximité peut avoir des conséquences préjudiciables chez tous les acteurs de cette relation. Pour se prémunir de ces risques, il est indispensable de mettre en place une juste distance relationnelle. »*[88]

En effet, en service de pédiatrie ou néonatologie, il est demandé aux professionnels d'avoir une proximité physique avec l'enfant, qui pourrait être qualifié comme étant la distance dite « *intime* » qui fut définie par E.Thall, anthropologue Américain, comme étant : « *la relation d'engagement proche voir d'envahissant, avec un autre corps. »*[89] Dans ma situation de départ,

[86]RICHARD.C. La relation soignant/soigné et ses aspects [en ligne]. Disponible sur <https://docplayer.fr/51699575-La-relation-soignant-soigne-et-ses-aspects.html> (Consulté le 06 Avril 2020)

[87]ARGENTY, J. Précis de relation de soins. Edition Seli Arslan, 2012, 201 pages.

[88]DUBRULLE, A et WANQUET-THIBAULT, P. Trouver la « juste » distance relationnelle entre enfant soigné et soignant. In *Cahiers de la puéricultrice*. Mars 2018, N° 315, p. 12-17.

[89]T.HALL.E. La proxémie [en ligne]. Disponible sur <https://www.psychologie-sociale.com/index.php/fr/dossiers-de-lecture/30-la-proxemie> (Consulté le 06 Avril 2020)

j'ai pu réconforter Robin, lui faire un câlin, lui donner des biberons, tous ces moments ceux sont déroulés dans mes bras.

Cette relation peut être semblable à la relation de maternage qui est définie comme un : « *ensemble de soins corporels donnés à une personne dans un climat protecteur et affectif qui évoque le comportement d'une mère à l'égard de son enfant*. »[90] Mais, nous nous devons de respecter, en tant que puéricultrice, une relation soignant-soigné et non une relation maternante.

Dans l'article : *trouver la « juste » distance relationnelle entre enfant soigné et le soignant*, cette notion est décrite : « *la juste distance relationnelle est ainsi parfois présentée comme un équilibre à trouver pour accompagner l'enfant, répondre à ses besoins sans que le soignant perde son objectivité dans les prises en charge quotidiennes des enfants et sans prendre la place de leurs parents. »*[91]

En tant que soignant, on se doit donc d'expliquer à l'enfant notre rôle afin qu'il nous différencie de ses parents ou substituts, c'est une différence fondamentale.

Effectivement, l'enfant va rechercher une sécurité affective avec les soignants qu'il n'aura pas avec ses parents étant absents, l'attachement va donc s'installer de façon non consciente et non volontaire chez lui. Mais en tant que soignants, notre rôle est de ne pas les remplacer mais bien d'accompagner ce lien d'attachement durant l'absence. Je peux ajouter alors que c'est aux soignants, afin de préserver le système d'attachement de l'enfant, de maintenir une posture professionnelle adaptée afin : « *d'assurer la sécurité affective de l'enfant sans induire de conséquences au travers de relations inadéquates et des ruptures de lien. »*[92] Mais celles-ci peuvent-être aussi perçues chez le soignant, l'enfant peut prendre une place dans la vie privée du professionnel, en effet : « *celui-ci souhaite de façon inconsciente ou non, donner à l'enfant ce que ses parents ne sont pas en mesure de lui apporter à ce moment précis. »*[93] Le soignant pourra donc souffrir également de la perte du lien affectif créée avec cet enfant.

[90]COURS.I. La relation soignant-soigné [en ligne]. Disponible sur <http://coursinfirmiere.free.fr/styled/styled-3/files/relation-soignant-soigne0301.pdf> (Consulté le 15 Avril 2020)

[91]DUBRULLE, A et WANQUET-THIBAULT, P. Trouver la « juste » distance relationnelle entre enfant soigné et soignant. In *Cahiers de la puéricultrice*. Mars 2018, N° 315, p. 12-17.

[92] Ibidem.

[93]DUBRULLE, A et WANQUET-THIBAULT, P. Trouver la « juste » distance relationnelle entre enfant soigné et soignant. In *Cahiers de la puéricultrice*. Mars 2018, N° 315, p. 12-17.

Pour conclure, il faut donc instaurer une distance juste afin d'être en sécurité psychologique. Florence Michon qui est formatrice et cadre de santé indique ainsi : « *Quand un professionnel adopte une juste distance, il fait preuve d'une intelligence émotionnelle et ne se laisse pas envahir par ses affects.* »[94]

Lorsque la puéricultrice est confrontée à des situations difficiles, sur le plan émotionnel, des mécanismes de défenses lui permettant de se protéger vont se mettre en place. Je vais donc les étudier dans une dernière partie.

2. Les mécanismes de défense

Définis par H. Chabrol, professeur de psychopathologie à l'Université de Toulouse : « *Ce sont des opérations mentales involontaires et inconscientes qui contribuent à atténuer les tensions internes et externes. »*[95] Margot Phaneuf, professeure en sciences infirmières et consultante internationale, ajoute que ce sont des mécanismes qu'ils : « *érigent pour ne pas voir la réalité et ne pas en souffrir, du moins pour un temps.* »[96]
Initialement abordés par un Psychiatre Allemand reconnu vers la fin du XIXème siècle, Sigmund Freud qualifiait alors ces mécanismes comme : « *des processus de défense élaborés par le Moi sous la pression du Surmoi et de la réalité extérieure qui permettent de lutter contre l'angoisse. »*[97] Le Surmoi étant considéré comme : « *la structure morale d'une personne. »*[98]

94 MICHON, F. Les relations interpersonnelles avec la personne soignée et la notion de juste distance. In *Soins.* Mars 2013, N°773, p. 32-34.

95 CHABROL.H. Les mécanismes de défense [en ligne]. Éditeur : association de recherche en soins infirmiers. 100 pages. Format PDF. Disponible sur <https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2005-3-page-31.htm>

96 PHANEUF.M. Quelques mécanismes de défense observables chez nos étudiants [en ligne]. Disponible sur <http://www.prendresoin.org/wp-content/uploads/2013/03/Quelques-me%CC%81canismes-de-de%CC%81fense-chez-nos-e%CC%81tudiants..pdf> (Consulté le 16 Avril 2020)

97 CHABROL.H. Les mécanismes de défense [en ligne]. Éditeur : association de recherche en soins infirmiers. 100 pages. Format PDF. Disponible sur <https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2005-3-page-31.htm>

98 Ibidem.

Je comprends alors que les mécanismes de défense sont des processus inconscients, involontaires, qui vont garantir la protection du sujet de l'anxiété et de toute autre menace potentielle par l'abstraction de la réalité.

Différentes fonctions sont perçues au sein des mécanismes. Tout d'abord, il existe des mécanismes ayant une fonction adaptative, identifiés par M. Phaneuf comme des mécanismes « *matures* »[99], ils sont utilisés chez des personnes vivant des situations au sein d'un contexte simple. Quant aux mécanismes qualifiés « *d'immatures* »[100], on les retrouve chez des personnes en détresse, souhaitant être défensives. Dans les mécanismes matures sont inclus : « *la répression, l'affiliation, l'altruisme, l'anticipation, l'affirmation de soi, l'évitement, l'humour, la sublimation.* »[101] Selon M. Ruszniewski, psychologue à l'institut Curie de Paris, les mécanismes de défense retrouvés régulièrement chez l'ensemble des soignants sont : « *la banalisation, la dérision, l'esquive, l'évitement, la fausse réassurance, le mensonge, la rationalisation, la fuite en avant et l'identification projective.* »[102]
Je souhaite définir ceux pouvant être perçus chez la puéricultrice rencontrant des situations d'accompagnement de l'enfant hospitalisé seul.

Premièrement : l'évitement, Margot Phaneuf le définit comme un : « *mécanisme par lequel la personne détourne volontairement ou involontairement vers l'inconscient des pensées, des désirs, des situations chargées affectivement et même l'idée de sa situation de rigidité comportementale afin de s'empêcher d'y penser, d'en parler, de l'expliquer ou d'en remettre*

99 PHANEUF.M. Quelques mécanismes de défense observables chez nos étudiants [en ligne]. Disponible sur <http://www.prendresoin.org/wp-content/uploads/2013/03/Quelques-me%CC%81canismes-de-de%CC%81fense-chez-nos-e%CC%81tudiants..pdf> (Consulté le 16 Avril 2020)

100 Ibidem

101 PHANEUF.M. Quelques mécanismes de défense observables chez nos étudiants [en ligne]. Disponible sur <http://www.prendresoin.org/wp-content/uploads/2013/03/Quelques-me%CC%81canismes-de-de%CC%81fense-chez-nos-e%CC%81tudiants..pdf> (Consulté le 16 Avril 2020)

102 RUSZNIEWSKI. M. Les mécanismes de défense dans la relation médecin-malade : confrontation à la maladie grave [en ligne]. Disponible sur <https://pediadol.org/wp-content/uploads/2011/12/U2011_ruszniewski.pdf> (Consulté le 14 Avril 2020)

la logique en cause. »[103] M. Ruszniewski l'attribue à la profession médicale : « *Le soignant adopte un comportement de fuite pour ne pas être face à une situation difficile.* »[104]

Secondement : l'esquive, la puéricultrice peut-être majoritairement en décalage avec l'enfant, en effet l'angoisse s'empare d'elle mais elle ne souhaite pas l'assumer par peur d'être impuissante pour le patient : « *Le soignant n'entre pas en contact relationnel avec le patient, il répond en décalage.* »[105]

In fine : l'identification projective, « *elle consiste à prêter à l'autre ses propres sentiments en fonction de son histoire, de sa culture.* »[106] La puéricultrice peut avoir l'illusion de connaître ce qui est bon pour l'enfant en lui attribuant ses ressentis, ses affects, réflexions …

Pour conclure sur ce sujet, je tiens à préciser que d'autres mécanismes de défense comme la banalisation par exemple, peuvent-être mis en œuvre par la puéricultrice car elle rencontre régulièrement des situations, contextes particuliers, au sein de ses différents lieux d'exercices.

Après ce cheminement, je souhaite axer mon projet professionnel sur l'absence temporaire du lien d'attachement chez le jeune enfant âgé de 0 à 3 ans. Après lecture de plusieurs auteurs, je perçois un besoin accru d'avoir sa figure d'attachement à ses côtés dans cette tranche d'âge afin que l'enfant puisse se développer. En effet, selon les docteurs Gauthier, Fortin et Jeliu, l'attachement consiste en : « *des relations qui se construisent dans les premières*

103 PHANEUF.M. Quelques mécanismes de défense observables chez nos étudiants [en ligne]. Disponible sur <http://www.prendresoin.org/wp-content/uploads/2013/03/Quelques-me%CC%81canismes-de-de%CC%81fense-chez-nos-e%CC%81tudiants..pdf> (Consulté le 16 Avril 2020)

104 RUSZNIEWSKI. M. Les mécanismes de défense dans la relation médecin-malade : confrontation à la maladie grave [en ligne]. Disponible sur <https://pediadol.org/wp-content/uploads/2011/12/U2011_ruszniewski.pdf> (Consulté le 14 Avril 2020)

105 CH CARCASONNE. Le soignant [en ligne]. Disponible sur <https://www.ch-carcassonne.fr/imgfr/files/ANNONCEChangementMotivation2017.pdf> (Consulté le 17 Avril 2020)

106 PHANEUF.M. Quelques mécanismes de défense observables chez nos étudiants [en ligne]. Disponible sur ≤http://www.prendresoin.org/wp-content/uploads/2013/03/Quelques-me%CC%81canismes-de-de%CC%81fense-chez-nos-e%CC%81tudiants..pdf≥ (Consulté le 16 Avril 2020)

années de vie entre le parent et l'enfant »[107], l'enfant est dépendant de sa figure d'attachement principale de sa naissance jusqu'à l'âge de la scolarisation, aux environs de 3 ans. En effet, ce processus va permettre l'acceptation de la séparation.
Pour ce qui en est du lieu, je souhaite me centrer sur le milieu hospitalier, car je peux retrouver des enfants dans ces situations au sein de différents services, amenés à de longues hospitalisations et où l'enfant peut donc se retrouver dans une absence temporaire de lien avec sa figure d'attachement.

Suite à cette démarche d'investigation, je peux formuler une question de départ.

4) Question de départ

Grâce à mon questionnement et à mes recherches, j'ai pu déduire la question de départ de mon projet professionnel :

Quel accompagnement la puéricultrice peut-elle mettre en œuvre pour prendre en soin l'enfant, en l'absence de relation avec sa figure d'attachement principale ?

5) Problématique

Suite à cette situation et aux différentes recherches effectuées, j'ai formulé la problématique ci-dessous :

Quelle posture professionnelle la puéricultrice peut-elle adopter pour atténuer les conséquences, sur l'enfant, de l'absence temporaire de relation avec sa figure d'attachement principale ?

[107] GAUTHIER, Y, FORTIN, G et JELIU, G. L'attachement un départ pour la vie. Edition Hôpital Sainte-Justine, 2009, 130 pages.

6) Hypothèses

J’en déduis ainsi deux hypothèses.

Hypothèse numéro 1 :

> En répondant de manière adaptée aux besoins fondamentaux de l’enfant de 0 à 3 ans : les besoins physiologiques, le besoin de sécurité et d’appartenance, la puéricultrice pallie l’absence temporaire de la figure d’attachement principale.

Hypothèse numéro 2 :

> L’optimisation de l’organisation des soins par les puéricultrices favorise la poursuite du développement psycho affectif de l’enfant en l’absence de sa figure d’attachement principale.

Suite à l’élaboration de ces hypothèses, je vais désormais enquêter auprès de puéricultrices confrontées à des prises en soin d’enfants hospitalisés en l’absence de leurs figures d’attachement principales pour affirmer ou infirmer ces présomptions.

III. Troisième partie : le cadre empirique

1) Le cadre de recherche

A. Choix de l'outil d'enquête et de la population interrogée

Afin de progresser dans mon travail de recherches, je souhaite enquêter auprès de puéricultrices exerçant en service de pédiatrie dans le but d'analyser leurs accompagnements et leurs positionnements dans les prises en soin de l'enfant hospitalisé seul.

La méthode que je souhaite utiliser est le guide d'entretien car c'est par le biais d'entretiens qui seront semi-directifs que je vais pouvoir précisément échanger sur mon thème avec les professionnels tout en guidant la conversation. En effet, l'entretien semi-directif consiste en une préparation au préalable d'un guide d'entretien afin d'identifier les différentes thématiques qui seront abordées durant celui-ci. La réalisation de questions, ainsi que de questions de relances permettent donc de centrer le professionnel sur le sujet. Les objectifs retrouvés sous les questions ont pour but quant à eux de définir mes attentes pour chaque question.

Au vu du contexte actuel de crise sanitaire, j'ai fait le choix d'interroger des infirmières et des puéricultrices disponibles. Il me semblait important d'échanger de vive voix avec les professionnelles présentes sur le terrain, c'est pourquoi chaque entretien est réalisé via le logiciel informatique TEAMS en raison d'une proximité dans les services non possible. De plus, j'ai souhaité intégrer des infirmières à mon enquête afin d'analyser et de distinguer les points de vue sur les prises en soin et l'accompagnement proposés à l'enfant hospitalisé seul.

B. Les motivations pour cet outil

J'ai choisi le guide d'entretien car c'est celui qui me semble le plus approprié à ma thématique. En effet, j'ai besoin d'éléments précis, de vécus concrets de la part des puéricultrices et c'est par cet outil que cela me semble le plus envisageable. Il a pour avantage d'apporter une ouverture de réponses plus large pour la personne interrogée ainsi qu'une grande liberté de parole ce qui me semble moins être le cas par le questionnaire.

C. La théorie de l'entretien

Selon FLICK en 2007 : « *La réalisation de l'entretien semi-directif implique la prise en compte d'un certain nombre d'éléments parmi lesquels figurent les buts de l'étude, le cadre conceptuel, les questions de recherche, la sélection du matériel empirique, les procédures méthodologiques, les ressources temporelles et matériels disponibles* ». [108] L'entretien est caractérisé par le fait que celui-ci constitue un fait de parole.

D'après William LABOV et David FANSHEL en 1977, psychothérapeutes, un entretien est : « *Un « speech event » (événement de parole) dans lequel une personne A obtient une information d'une personne B, information qui était contenue dans la biographie de B.* »[109]. Les auteurs Alain BLANCHET, professeur de psychologie, et Anne GOTMAN, sociologue, ajoutent en second lieu à cette définition par rapport à l'activité même de la recherche : « *Il est produit à l'initiative de A (le chercheur) et au profit de sa communauté, se distinguant en cela de l'entretien thérapeutique, de la confession ou de la plainte de la police, tous faits de parole sollicitée par B et à son bénéfice.* »[110] Puis terminent par : « *L'entretien est un parcours. Alors que le questionneur avance sur un terrain entièrement balisé, l'interviewer dresse la carte au fur et à mesure de ses déplacements. L'entretien ne pouvant donc se réduire ni à une pure manipulation technique, ni à une rencontre comme une autre, faire des entretiens comme on ferait un questionnaire, sans intégrer la situation d'interaction, conduirait le chercheur à manquer son but. Symétriquement, faire des entretiens de manière spontanée en méconnaissant ses règles de fonctionnement l'exposerait à un risque – tout aussi réel bien que moins visible : à savoir manquer le but.* »[111]

[108] IMBERT.G. L'entretien semi-directif [en ligne]. Éditeur : association de recherche en soins infirmiers. 102 pages. Format PDF. Disponible sur <https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2010-3-page-23.htm>

[109] BLANCHET, A et GOTMAN, A. L'enquête et des méthodes : l'entretien. Edition Armand Colin, 2ème édition, 2015, 128 pages.

[110] Ibidem

[111] BLANCHET, A et GOTMAN, A. L'enquête et des méthodes : l'entretien. Edition Armand Colin, 2ème édition, 2015, 128 pages.

Pour débuter ces entretiens, j'ai pu préalablement contacter différentes professionnelles connues dans mes expériences professionnelles, j'ai donc pu m'assurer qu'elles aient vécu des expériences similaires.
Afin d'évaluer la pertinence de mon guide d'entretien, j'ai pu effectuer un entretien test auprès d'une collègue de promotion qui avait vécu des situations semblables durant un stage au début de la formation de puéricultrice. Celui-ci a été réalisé sur le logiciel TEAMS également, il a duré une trentaine de minutes, s'est bien déroulé, j'ai rencontré quelques difficultés dans la formulation des questions de relance.

Suite à cet échange, il me semblait donc nécessaire d'apporter des modifications à ma grille d'entretien, j'ai donc pu reformuler et dissocier l'ensemble de mes questions et des questions de relances. Ci-dessous, le guide d'entretien, support des interviews.

D. Le guide d'entretien

Bonjour Madame/Monsieur,

Je me présente, je m'appelle Carla, je suis étudiante puéricultrice au sein de l'Institut de Formation en santé à Lomme (Université Catholique). Suite à l'obtention du diplôme d'état d'infirmier en Juillet 2018, j'ai pu débuter ma carrière professionnelle au sein d'un service de pédiatrie générale, puis en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. J'ai ensuite rejoint les bancs de l'école de Puéricultrice en Septembre 2019. Mon premier stage fut réalisé en service de maternité, puis un stage en crèche d'entreprise et dernièrement en Protection Maternelle et Infantile.
Mon projet professionnel ayant pour thème « La puéricultrice face à l'enfant hospitalisé seul », je souhaiterais échanger avec vous sur cette thématique.
Je précise que cet entretien est anonyme, lorsque je rédigerai mon analyse je veillerais à ne faire apparaître aucun nom/prénom. De plus, je souhaiterai avoir votre accord pour enregistrer cet échange qui sera supprimé lorsque la retranscription sera terminée.

Question d'introduction :

- Pouvez-vous m'exposer votre parcours professionnel depuis que vous êtes diplômé(e)s infirmier(e), puériculteur(trice) ?

- Questions de relance :
    - L'année du/des diplôme(s) d'état,
    - Votre/vos expérience(s) professionnelle(s),
    - Quel est votre âge ?
    - Depuis combien d'années travaillez-vous au sein du service ?

Cette question va me permettre de débuter l'entretien par la connaissance du parcours professionnel et des expériences professionnelles afin d'amorcer l'échange. De plus, elle va me permettre de visualiser les différentes prises en soins proposées selon l'expérience du professionnel et le nombre d'enfants rencontrés.

Première question :

- Accompagnez-vous des enfants hospitalisés seuls, sans leurs figures d'attachement principales dans le service ? (Hypothèse 1)
    - Questions de relance :
        - Pouvez-vous me les décrire ?
        - Quel attachement présentait l'enfant selon vous ?
        - C'était un attachement sécure ou in sécure ?
        - Quels étaient/sont vos ressentis vis-à-vis du type d'attachement mis en œuvre par l'enfant ?

L'objectif de cette question est de savoir si cette situation est fréquente dans les services, de questionner le soignant sur les différents types d'attachement identifié mais également de percevoir leur ressenti vis-à-vis de ces situations.

Deuxième question :

- Quelle est l'organisation du service pour la prise en soins des enfants seuls ? (Hypothèse 2)
    - Questions de relance :
        - Que mettez-vous en œuvre pour poursuivre les prises en soin ?
        - Quels sont les comportements adoptés par l'enfant lorsque vous l'accompagnez ? Sont-ils différents selon l'âge ?
        - Quelles sont les différences de prises en soin lorsqu'il y a la présence des parents et lorsqu'ils sont absents ?

        - Cette organisation favorise-t-elle la poursuite du développement psycho-affectif de l'enfant ?

L'objectif de cette question est de connaître l'organisation du service : continuité dans la prise en soins, professionnel qui choisit ses patients… Et justement, ce qui est mis en place lorsqu'un enfant est seul, la continuité des soins pour le professionnel et l'enfant est-elle prise en compte, moins d'enfants à charge… Et ainsi savoir ce qui se manifeste chez l'enfant au vu des différents professionnels intervenants. Pour terminer, je souhaitais aborder les différences perçues lorsque les parents sont présents pour les soins ou non afin de visualiser les différents comportements adoptés.

Troisième question :

- Pensez-vous que la tranche d'âge de 0 à 3 ans soit très impactée par l'absence de sa figure d'attachement principal ? Si oui, pourquoi ? (Hypothèse 1)
    - Questions de relance :
        - Quels sont les besoins de l'enfant de cette tranche d'âge ?
        - Quelles manifestations avez-vous pu constater sur l'enfant liées à l'absence de cette figure ?
        - Sont-elles différentes entre le nouveau-né et le jeune enfant ?

Par cette question, je cherche à recueillir les observations précises des soignants sur les conséquences que peut-avoir l'absence de la figure d'attachement chez l'enfant hospitalisé.

Quatrième question :

- Afin de pallier l'absence temporaire de la figure d'attachement principal, que mettez-vous en place pour l'enfant hospitalisé ? (Hypothèses 1 et 2)
    - Questions de relance :
        - Personnellement en tant que professionnel ?
        - Au sein du service ?
        - Quel accompagnement proposez-vous ?
        - Comment répondez-vous aux besoins affectifs de l'enfant ?

L'objectif de cette question est d'analyser les différentes méthodes mises en place par les professionnels pour accompagner l'enfant, et donc de connaître celui-ci. Par ailleurs, je voudrais connaître quels moyens sont à la disposition au sein du service afin d'accompagner

l'enfant hospitalisé en l'absence de figure d'attachement temporaire. (Réunions, concertations…) Je voudrais savoir comment les soignants procèdent-ils/elles lorsqu'aucune organisation n'est prévue.

Cinquième question :

- Quelle relation aviez-vous instaurée auprès de l'enfant hospitalisé seul ?
    - Questions de relance :
        - Avez-vous ressenti, éprouvé des émotions dans ces prises en soins ?
        - Que pouvez-vous me dire concernant la juste distance ?
        - Pensez-vous avoir respecté cette distance ?
        - Pensez-vous qu'être maman impacte ces émotions, cette juste distance ? Si oui, comment ?

Par cette question, je souhaite connaître le vécu des soignants par leur positionnement face à l'enfant, de quelle relation leurs prises en soins relevaient-elles, mettaient-ils des « barrières ». Je me questionne sur la juste distance en pédiatrie et souhaite donc étudier leurs propos face à celle-ci.

Sixième question :

- Quels ont été les impacts sur votre vie professionnelle face à ces enfants ? (Hypothèse 2)
    - Questions de relance :
        - Avez-vous développé des mécanismes de défense ?
        - Vos comportements ont-ils été modifiés pour prendre en soin l'enfant seul ?

Je souhaite connaître si ces accompagnements par les professionnels ont eu des impacts positifs pour leurs futures situations, connaître les difficultés perçues contrairement aux prises en soins de l'enfant accompagné avec ses parents.

Conclusion :

- Avez-vous des précisions à ajouter ? Si non, j'arrête l'enregistrement.

Je vous remercie pour votre disponibilité ainsi que pour votre aide.

E. Le contexte de l'enquête

La crise sanitaire actuelle fut une des premières grandes difficultés rencontrées lors de la réalisation de mon enquête. Lors des démarches pour rencontrer les différents professionnels, j'ai dû effectuer plusieurs relances pour obtenir quelques réponses favorables. De plus, nous avons dû nous adapter aux outils informatiques, l'échange s'en est trouvé moins spontané et plus compliqué à organiser et à réaliser.

J'ai donc pu m'entretenir avec une infirmière diplômée d'état et deux puéricultrices diplômées d'état exerçant en service hospitalier. L'infirmière et la puéricultrice numéro 1 exercent au sein du pôle mère-enfant d'un hôpital périphérique du Pas de Calais. La puéricultrice effectue ses missions au travers de plusieurs services : la pédiatrie générale, les urgences pédiatriques, la maternité ainsi qu'en unité de néonatologie quant à l'infirmière, elle ne prend que des postes en pédiatrie. Quant à la deuxième puéricultrice, elle exerce en service de pédiatrie générale dans un hôpital périphérique du Nord.

Lors des entretiens, je n'ai pas ressenti de difficultés, j'étais plutôt à l'aise et non anxieuse. Je suis restée axée sur l'échange en suivant la trame de mon guide d'entretien. Ils ont une durée moyenne d'environ 30 minutes chacun. Installée dans un environnement calme, je n'ai pas subi de nuisance sonore lors de la réalisation des entretiens.

Cette partie introductive étant terminée, je vais débuter l'analyse de contenu.

2) Analyse de contenu

Pour procéder à l'analyse de contenu je me réfère à l'auteur Marie-Christine d'Unrug, Sociologue Française qui définit ce terme comme : « *On désigne par analyse de contenu un ensemble de techniques d'exploitation de documents, utilisés en sciences humaines. Il peut s'agir de mettre en fiche les principaux concepts employés ou les principaux thèmes abordés dans un texte scientifique ou, plus souvent, d'exploiter des données d'enquête au sens large de*

ce mot : questionnaires, entretiens, émissions radiodiffusées… »[112] Laurence Bardin, Maître de conférences à l'Université Paris-Descartes ajoute : « *L'analyse de contenu est un ensemble de techniques d'analyse des communications utilisant des procédures systématiques et objectives de la description du contenu des messages, à obtenir des indicateurs quantitatifs et/ou qualitatifs permettant l'inférence de connaissances relatives aux conditions de production (et de réception) de ces messages. »*[113] L'analyse de contenu va donc me permettre de décoder les éléments de réponse des professionnelles lors des entretiens.

En effet, afin d'analyser les propos des interviewées, j'ai pu découper l'entretien en plusieurs parties dans lesquelles j'ai regroupé tout élément en lien avec cette partie, c'est ainsi que j'ai pu en faire ressortir les thèmes, Laurence Bardin décrit cette méthode comme : « *l'analyse par catégories : Elle fonctionne par opérations de découpage du texte en unités puis classification de ces unités en catégories selon des regroupements analogiques »*[114] et ajoute : « *Parmi les différentes possibilités de catégorisation, on retrouve l'investigation des thèmes ou l'analyse thématique. »*[115]

Mon analyse va alors s'axer sur deux grands thèmes émergés du contenu des entretiens, parmi lesquels vont se retrouver des sous thèmes abordés par les professionnelles interviewées. Premièrement, j'aborderai le thème de l'absence de la figure d'attachement pour l'enfant hospitalisé seul, j'étudierai en lien les situations rencontrées par les professionnelles dans leurs services afin de détailler certaines causes amenant à l'hospitalisation seule d'un enfant. Et pour terminer dans ce thème, je présenterai les éventuelles répercussions chez l'enfant.

En second thème, je terminerai cette analyse par le thème de l'accompagnement proposé par la Puéricultrice à l'enfant avec l'analyse des organisations des prises en soins au sein des services

112UNRUG MC. T. M. Analyse de contenu. In *Communication et langages.* 1974, N°22, p. 125-126.

113BARDIN.L. L'analyse de contenu. Presses Universitaires de France [en ligne]. Disponible sur : <https://www-cairn-info.ezproxy.univ-catholille.fr/l-analyse-de-contenu--9782130627906.htm?contenu=presentation> (Consulté le 5 Juillet 2020)

114Ibidem.

115BARDIN.L. L'analyse de contenu. Presses Universitaires de France [en ligne]. Disponible sur : <https://www-cairn-info.ezproxy.univ-catholille.fr/l-analyse-de-contenu--9782130627906.htm?contenu=presentation> (Consulté le 5 Juillet 2020)

lorsque la figure d'attachement n'est pas présente, puis je détaillerai la relation menée entre l'enfant et la puéricultrice formant une dyade. Ainsi, pour conclure sur ce thème, j'énoncerai les impacts potentiels de ces prises en soins sur la vie professionnelle du soignant.

- *Profil des professionnelles interrogées.*

Les trois entretiens ont débuté par une question d'introduction ayant pour objectif d'amorcer cet échange par la connaissance du professionnel notamment par la présentation de son parcours et de ses expériences professionnelles. Afin de regrouper les informations recueillies j'ai pu effectuer un tableau permettant une lecture plus aisée. Parmi ces entretiens, deux puéricultrices sont interrogées et une infirmière qui a une expérience reconnue dans son service d'origine et a donc accepté de participer à cet entretien ayant pour thème l'accompagnement de l'enfant hospitalisé seul.

Tableau de recueil des données des professionnels interrogées.			
Fonction	Puéricultrice 1	Puéricultrice 2	Infirmière
Age	32 ans	25 ans	35 ans
Dates d'obtention des diplômes d'état	Infirmière : 2011 Puéricultrice : 2019	Infirmière : 2015 Puéricultrice : 2016	Infirmière : 2007
Parcours professionnel	• Service d'unité de suppléance • Pédiatrie générale et Néonatologie.	• Réanimation-néonatale • Neurologie pédiatrique • Gastro pédiatrique • Pneumologie pédiatrique • Pédiatrie et Néonatologie.	• Hospitalisation à domicile durant un an • Pédiatrie générale.

Ancienneté dans le service de soins actuelle	7 ans	3 ans	10 ans
Lieu d'exercice actuel	Maternité, Pédiatrie et Néonatologie.	Pédiatrie et Néonatologie.	Pédiatrie.

Grâce à ce tableau, nous remarquons premièrement la fonction des interrogées. En effet, deux professionnelles sont puéricultrices et la troisième professionnelle est infirmière en formation puéricultrice actuellement. Puis, nous pouvons constater la moyenne d'âge des professionnelles qui est d'une trentaine d'années. Ensuite, concernant leurs parcours professionnels, nous percevons une expérience diversifiée en service de pédiatrie avec une ancienneté dans les services de trois ans minimum à 10 ans maximum pour l'Infirmière qui a donc davantage d'expériences au sein du service de Pédiatrie. Pour ce qui en est du lieu d'exercice actuel, deux d'entre-elles prennent des postes en service de Néonatologie également puisqu'elles sont attitrées au pôle mère-enfant de l'hôpital et non au service, de ce fait il leur est également possible d'effectuer certains remplacements en service de maternité si cela est nécessaire. Par ailleurs, l'infirmière en formation professionnelle puéricultrice regagnera son service d'origine en pédiatrie à la sortie de l'école. Pour terminer, nous pouvons constater qu'elles sont diplômées infirmières en moyenne depuis neuf ans et puéricultrice depuis deux ans et demi environ.

Je conclurai ainsi par l'importance de détailler leurs profils afin d'effectuer des liens entre les réponses apportées lors des entretiens et leurs expériences avec l'enfant hospitalisé seul.

Le profil des professionnels étant terminé, je vais donc débuter l'analyse par le premier thème.

L'absence de la figure d'attachement pour l'enfant hospitalisé.

- *Présentation des situations et causes de l'absence parentale.*

Les deux puéricultrices ainsi que l'infirmière interrogées témoignent de l'accompagnement régulier qu'elles proposent à un enfant hospitalisé seul. L'infirmière répond

d'ailleurs : « *Oui, oui, oui, on en accueille très régulièrement, alors à des périodes plus ou moins courtes, et on a des enfants qui sont là quelques jours et ça va jusqu'à des enfants qu'on garde plusieurs semaines voire plusieurs mois.* » Les professionnels de santé sont donc régulièrement confrontés à ce genre de situation au sein des différents lieux d'exercice malgré le manque de données à ce sujet au sein des études.

J'ai donc souhaité avoir des détails sur une de ces expériences vécue dernièrement. Deux des professionnelles m'ont présenté et expliqué une situation vécue. La puéricultrice numéro 2 a souhaité m'exposer la plus récente qui relève plutôt d'une prise en soin pédopsychiatrique. Quant à l'infirmière, elle m'a présenté l'histoire d'une longue hospitalisation d'une petite fille âgée de 3 mois qui a passé près de 6 mois dans le service et à laquelle tout le personnel s'était attaché. D'ailleurs l'infirmière me disait dans l'entretien : « *Elle était attachée à nous et nous nous étions attachés à elle.* » D'après ses dires, je constate donc un réel attachement mutuel. En effet, la maman ne venait que quelques heures de temps en temps au départ puis ne venait plus du tout en visite et ne faisait plus l'objet de figure d'attachement principale. Comme vu dans le cadre conceptuel, Bowlby écrit : « *une condition importante pour protéger l'enfant du stress des séparations d'avec les parents serait que l'enfant puisse nouer des attachements aux personnes qui s'occupent de lui quotidiennement* », nous remarquons qu'au sein de cette situation c'est ce qui s'est produit, l'enfant n'a potentiellement pas subi de stress de séparation grâce à la présence du personnel soignant l'ayant pris en soin.

Les professionnelles m'ont ensuite mis en évidence les causes de l'absence parentale lorsque je leur ai demandé de me décrire une situation. Elles expliquent le fait d'être divisé entre l'hôpital et le domicile. La puéricultrice 1 cite : « *les familles nombreuses avec 5, 6, 7 enfants ne peuvent pas se permettre de rester auprès de l'enfant hospitalisé puisqu'il faut s'occuper de la fratrie à la maison.* » Quant à la puéricultrice 2, celle-ci accentue la chose lors de la période hivernale et dit : « *Généralement en période hivernale, les parents ne peuvent pas garder leur petit bout parce qu'ils ont généralement d'autres enfants*. » Pour l'infirmière, la charge parentale n'est pas abordée mais j'ai moi-même pu constater en tant que professionnelle que l'absence parentale au cours d'une hospitalisation s'expliquait souvent par la nécessité de gérer d'autres enfants au domicile.

Viennent ensuite les raisons socio-économiques, effectivement la puéricultrice 1 dit : « *Séparés pour des raisons sociales, parce que ce sont des familles qui sont en difficulté pour se déplacer, qui n'ont pas le permis de conduire et qui sont financièrement en difficulté*. » Elle justifie également cette absence par le sujet de la protection infantile : « *Il y a également des enfants qui sont seuls suite à des situations sociales, à des placements judiciaires voir des abandons d'enfants*. » Effectivement, il est possible que l'enfant soit présent seul au sein des services pour sa protection judiciaire mais cette décision ne peut qu'être prise par un Juge des enfants si les parents ne sont pas en mesure de répondre à l'autorité parentale qui est définie comme : « *Ensemble de droit et de devoirs ayant pour finalité l'intérêt de l'enfant. Elle appartient aux parents jusqu'à la majorité ou l'émancipation de l'enfant pour le protéger dans sa sécurité, sa santé et sa moralité, pour assurer son éducation et permettre son développement, dans le respect dû à sa personne*. »[116]

Pour conclure sur ce sous-thème, la puéricultrice 1 et la puéricultrice 2 abordent les raisons personnelles, d'épuisement parental par exemple : « *La maman seule ne souhaitait plus le prendre à la maison et du coup elle nous la laissait et nous a dit « débrouillez-vous »* » et « *Il y a des parents qui nous ont déposé des enfants en disant « voilà on en veut plus »*. » On rencontre de plus en plus de familles en milieu hospitalier dites « *familles monoparentales* » car c'est une population en forte augmentation en France. Ce terme est défini par l'Institut National des Statistiques et des Études comme : « *L'ensemble des ménages pour lesquels le parent vit seul sans conjoint avec ses enfants âgés de moins de 18 ans dans un logement ordinaire, sans qu'il y ait d'autres personnes partageant le même foyer.* »[117] D'ailleurs d'après l'INSEE[118] ce nombre de familles monoparentales aurait doublé depuis les années 1980. Il faut donc prendre ce chiffre en considération afin d'accompagner au mieux ces familles. Elles sont en effet en difficulté pour rester à l'hôpital auprès de leur enfant hospitalisé tout en gérant le quotidien personnel et professionnel. Un travail d'équipe pluridisciplinaire avec les assistantes sociales doit se faire afin de pallier les difficultés nombreuses et sérieuses de ces familles.

116 CANINI.C. La protection judiciaire d'un enfant mineur [en ligne]. Disponible sur <https://consultation.avocat.fr/blog/claudia-canini/article-21446-la-protection-judiciaire-d-un-enfant-mineur--de-quoi-s-agit-il.html> (Consulté le 23 Juin 2020)

117 RABIER.R. Les familles monoparentales [en ligne]. Disponible sur <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1285832> (Consulté le 25 Juin 2020)

118 INSEE : l'Institut National des Statistiques et des Études Économiques

- *Les répercussions sur l'enfant hospitalisé de l'absence de figure d'attachement*

De nos jours, de nombreux enfants se retrouvent hospitalisés seuls dans un milieu inconnu pouvant engendrer des craintes et une perte de repères importante. Ainsi des conséquences peuvent apparaître chez certains enfants. Les puéricultrices interrogées m'ont fait part de certaines conséquences déjà perçues chez des enfants qu'elles ont pris en soin. Tout d'abord, la puéricultrice 1 indique que l'hospitalisation d'un enfant seul en l'absence de sa figure d'attachement peut engendrer des « *troubles psychiatriques, voir des problèmes sociaux en grandissant, des sociopathes ayant vécu des troubles de l'attachement étant petits.* » Quant à la puéricultrice 2, celle-ci aborde le fait que cela soit des enfants propices à développer un attachement « *insécure* » : « *Ils ont peur, ne comprennent pas ce qui leur arrive et ont tendance à plus être in sécure.* » Comme décrit dans la partie conceptuelle, l'attachement in sécure revient au terme d'attachement anxieux-évitant. De plus, je rappelle que : « *les enfants manifestent un certain détachement à l'égard de la figure d'attachement dans des situations stressantes* »[119] mais également pour la figure étrangère, qui est, ici la puéricultrice.

Selon Spitz : « *le développement perceptif, moteur, cognitif et émotionnel du bébé survient au travers de l'interaction avec l'adulte, figure d'attachement primaire et l'absence d'une relation avec un partenaire humain peut-être le moteur d'une désintégration du développement* »[120]. En effet, comme décrit dans le cadre conceptuel, nous savons que l'enfant a besoin de se construire une base de sécurité psychique de qualité afin de ne pas être déstructuré dans son développement. L'absence de cette base de sécurité peut conduire à un trouble de l'attachement voire au concept d'hospitalisme décrit précédemment comme : « *Ensemble de troubles physiques dus à une carence affective par privation de la mère survenant chez les jeunes enfants placés en institution dans les dix-huit premiers mois de la vie.* »

[119] EUILLET, S. Le système d'attachement de l'enfant, entre singulier et pluriel. In *Cahiers de la Puéricultrice*. Octobre 2012, N°260, p. 13-16.

[120] TERENO.S, et al. La théorie de l'attachement : son importance dans un contexte pédiatrique [en ligne]. Éditeur : *Devenir*. 188 pages. Format PDF. Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-devenir-2007-2-page-151.htm#:~:text=Les%20%C3%A9tudes%20classiques%20de%20Spitz,moteur%20d'une%20d%C3%A9sint%C3%A9gration%20du>

Afin de poursuivre le développement de l'enfant, la puéricultrice n°1 aborde le fait d'avoir une personne référente comme dans les pouponnières (méthode Loczy). C'est effectivement un point que je n'ai pas abordé dans le cadre conceptuel mais qui fait partie des points essentiels pour prévenir les carences affectives. Cette méthode a pour objectif de permettre à l'enfant de grandir en lui garantissant un environnement et un développement harmonieux. E.Pikler, pédiatre et psychopédagogue qui est fondatrice de cette méthode, suite à la demande du gouvernement Hongrois en 1946, décrit cette approche comme : « *la vie quotidienne de l'enfant et des enfants, pensée dans son ensemble et dans ses moindres détails par l'adulte, et la qualité des soins donnés qui garantissent la présence ou l'absence de la stimulation nécessaire à la santé, l'éveil, le développement et l'épanouissement psychomoteur et psychosocial*. »[121] Dans cette méthode, les professionnels en contact avec l'enfant sont restreints afin de n'avoir qu'une seule figure d'attachement pour limiter les séparations et risquer d'entraîner une carence affective.

D'ailleurs, les puéricultrices et l'infirmière témoignent de l'importance d'avoir une équipe pluridisciplinaire lors de l'accompagnement de ces enfants seuls, l'éducatrice de jeunes enfants est la professionnelle qui est citée le plus souvent avec l'auxiliaire de puériculture dans les entretiens.

Selon le Ministère de la santé et des sports, le métier d'éducateur de jeunes enfants consiste à : « *Accompagner les jeunes enfants dans une démarche éducative et sociale globale, en lien avec leur famille, dans une fonction de prévention, d'animation et de médiation au vue du développement progressif de l'enfant (éveil, autonomie…) »*[122] Lorsqu'un enfant est hospitalisé seul, l'éducateur doit faire preuve d'adaptabilité pour accompagner l'enfant en l'absence des parents, il va donc avoir un rôle important car il va lui proposer plusieurs activités ludiques et va passer beaucoup de temps à ses côtés, il a donc une fonction de « *figure référente* » pour la puéricultrice numéro 1.

Quant à la profession d'auxiliaire de puériculture, elle est définie selon le comité d'entente des écoles préparant aux métiers de la petites enfance (CEEPAME) comme : « *une professionnelle dispensant dans le cadre du rôle propre de l'infirmier ou de la puéricultrice, en collaboration*

[121] FALK.J, PIKKLER.E, RASSE.M. Les soins corporels, un soin psychique [en ligne]. Éditeur : Eres. 160 pages. Format PDF. Disponible sur <https://www.cairn.info/revue-spirale-2011-1-page-147.htm>

[122] MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS. Educateur(trice) jeunes enfants [en ligne]. Disponible sur <http://www.metiers-fonctionpubliquehospitaliere.sante.gouv.fr/spip.php?page=fiche-metier&idmet=36> (Consulté le 01 Juillet 2020)

avec lui ou sous sa responsabilité des soins et réalise des activités d'éveil et d'éducation pour préserver et restaurer la continuité de la vie, le bien-être et l'autonomie de l'enfant. »[123] Je vais donc détailler dans une énième partie les actions menées au sein des services interrogés.

- *Les actions menées par les puéricultrices pour pallier l'absence.*

Comme décrit dans le cadre conceptuel, l'enfant envoie des signaux par le biais des pleurs afin d'avoir une réponse par l'adulte. C'est ce qui est autrement appelé « *les compétences interactives précoces* » ayant pour but principal, la survie de l'enfant. Ces signaux permettent de susciter chez l'adulte, le parent, le sentiment de vouloir s'occuper de lui. Les enfants vont retenir la réponse apportée et se sentiront en sécurité (mécanisme appelé base de sécurité psychique). C'est pourquoi, en tant qu'adulte et professionnel de santé, lorsque nous sommes dans un service hospitalier et que l'enfant seul présente des pleurs, nous avons tendance à le réconforter.

En effet, plusieurs comportements de réconfort sont perçus chez les professionnelles interrogées, la puéricultrice n°2 cite : « *Je sais pertinemment que quand un enfant, surtout les petits bouts de chou de quelques mois ou quelques semaines des fois pleurent et ont besoin d'un gros câlin, je sais que je les prends avec moi, je leurs fait un gros câlin, cela permet de les rassurer.* »

Quant à la puéricultrice n°1, celle-ci nous dit : « *On va répondre justement à ses besoins perturbés, c'est-à-dire qu'on va le mettre en sécurité, on va le changer, il va être au propre, on va lui donner des câlins aussi, même si on n'est pas sa figure d'attachement*. » Puis ajoute « *On va lui chanter des chansons, on va le câliner, on va l'endormir et oui effectivement on va faire tout ce qu'une maman et une bonne mère va faire.* » L'infirmière ajoute : « *Si un enfant pleure, quelqu'un va se détacher systématiquement pour aller le prendre dans les bras, le câliner, lui remettre sa tétine, lui chanter une berceuse systématiquement. »*

Dans le cadre conceptuel, j'ai cité les Docteurs Gauthier, Fortin et Jeliu qui écrivaient : « *La réponse de l'adulte, par ses variations en qualité, en constance et en permanence, modulent différemment les perceptions du nourrisson qui s'en trouve façonné différemment, créant ainsi divers profils d'attachement*. » J'ajoutais alors que lorsque l'adulte s'engage dans une interaction avec l'enfant en répondant à ses besoins, ses comportements de manière régulière,

[123] CEEPAME. Le métier auxiliaire de puériculture [en ligne]. Disponible sur <https://www.ceepame.com/metier-auxiliaire-de-puericulture/> (Consulté le 27 Juin 2020)

le plus durablement possible et de la façon la plus adéquate, alors celui-ci était susceptible de devenir une figure d'attachement pour l'enfant.
Les professionnelles détaillent dans chaque entretien les besoins fondamentaux pour l'enfant et disent y répondre lorsque les parents sont absents. Ci-dessus les actions de réconforts détaillées afin de répondre aux besoins de sécurité et de réconfort, c'est ainsi que l'enfant va pouvoir évoluer au sein d'un milieu sécure au vu des comportements décrits par les professionnelles.
Pour conclure sur ce sous-thème, je souhaite alors citer Winnicott : « *De soins infantiles satisfaisants découle l'édification d'un sentiment de continuité d'être, base de la force du moi. Chaque carence de soins aboutit à une interruption de ce sentiment de continuité d'être. »*[124]

Après l'étude de ce thème : l'absence de la figure d'attachement pour l'enfant hospitalisé, je vais maintenant exposer le thème suivant qui porte sur l'accompagnement proposé à l'enfant hospitalisé seul par les puéricultrices.

L'accompagnement proposé par les puéricultrices pour l'enfant hospitalisé seul

- *L'organisation des prises en soin en service hospitalier*

L'organisation des prises en soin en service hospitalier est propre à chaque service et à chaque hôpital. Premièrement, je perçois une différence entre les deux lieux où travaillent les professionnelles interrogées, par exemple, la puéricultrice numéro 2 indique que l'enfant doit être au plus près des professionnels : « *On les met à côté de la salle de soins, le plus proche possible (…) on laisse les portes ouvertes de la chambre comme ça on l'entend quand il pleure.* », alors que les 2 autres professionnelles n'abordent pas cette contrainte environnementale.
La puéricultrice numéro 2 ajoute l'importance pour l'enfant d'être en chambre double afin de ne pas être totalement seul. Elle revient ensuite sur la notion du travail d'équipe avec des prises en soin aux côtés de l'auxiliaire de puériculture, la puéricultrice numéro 1 dit : « *on travaille en binôme avec l'aide-soignante ou l'auxiliaire de puériculture pour faire en sorte que l'enfant ne soit jamais seul à part pour les siestes ou ce genre de choses, ou l'éducatrice de jeunes enfants les prend aussi en charge la journée en lien avec nous.* »
La puéricultrice numéro 2 parle plutôt de collaboration : « *Généralement parce qu'elles ont un peu plus le temps, c'est les auxiliaires de puéricultures qui le font, qui s'occupent globalement*

[124] CAFFARI.R. Du soin et du relationnel entre professionnel et enfant. Edition Erès, 2017, 220 pages.

de l'enfant » mais ajoute : *« il nous arrive, surtout la nuit, de les prendre avec nous, pour essayer de les calmer quand ils pleurent. »* Comme rappelé ci-dessus, grâce aux propos écrits par les Docteurs Gauthier, Fortin et Jeliu, il est en effet souligné l'intérêt de la permanence de la réponse de l'adulte qui va façonner différemment les perceptions des enfants.

Je note ensuite, une différence flagrante entre les deux services de soins au niveau organisationnel. La puéricultrice numéro 1 dit : « *Après, il n'y a pas de figure réelle, de personne référente parce qu'on est une équipe qui tourne quand même beaucoup donc du coup ça ne sera pas tous les jours la même personne qui s'occupera de lui (…) ça sera aussi bien au niveau de la puéricultrice qu'au niveau de l'auxiliaire de puériculture et des personnes différentes pour éviter qu'il y ait un attachement trop important aussi. »* et ajoute que l'organisation définie au sein du service ne permet pas forcément la poursuite du développement psycho-affectif de l'enfant : « *Dans un service de soins, on n'est pas là pour faire en sorte d'être la figure d'attachement de l'enfant même si c'est nécessaire pour son bon développement. En général, y'a qu'une seule figure d'attachement voir deux, le problème c'est que oui l'enfant en a besoin mais en même temps si c'est nous la figure d'attachement, un jour où l'autre il va être séparé de nous et là ça peut créer une rupture qui peut provoquer des dégâts chez l'enfant. »* A contrario, la puéricultrice numéro 2 dit : « *Lors des prises de postes, si nous sommes présentes depuis plusieurs jours, nous essayons en équipe de reprendre les mêmes enfants en soin. »*

Lorsque j'aborde la question concernant la poursuite du développement psychomoteur grâce à cette organisation, elle répond : « *J'ai envie de dire on espère (…) on pallie un peu aux parents parce que quand ils ne sont pas là où qu'ils n'ont plus le droit de visites ou autre bh il faut bien que l'enfant se développe donc euh on essaye de pallier un maximum. »* Quant à l'infirmière, ces dires ressemblent à ceux de la puéricultrice numéro 1 : « *Il n'y a pas de référent, on tourne toutes*. » Afin de diviser ces avis, comme vu dans la méthode Loczy, le plus pertinent pour l'enfant en l'absence de ses parents est d'avoir une personne référente afin de poursuivre un développement harmonieux et de limiter les conséquences des ruptures de lien affectif. Mais cela reste une préoccupation organisationnelle et ne peut se mettre en place dans tous les services hospitaliers au vu des horaires, des durées de postes.

Je vais donc détailler la relation entre l'enfant hospitalisé et les puéricultrices.

- *La relation menée entre l'enfant hospitalisé et les puéricultrices*

Pour débuter ce sous-thème, je souhaite reprendre les propos de la puéricultrice numéro 1 qui m'énonce lors de l'interview : « *l'enfant hospitalisé seul a toujours une place plus importante que les autres car c'est un enfant qui va être constamment avec nous.* » La puéricultrice numéro 2 complète ces propos par : « *On essaye déjà de créer une relation de confiance avec eux (…) Globalement de se retrouver sans la figure d'attachement bh c'est compliqué, donc on essaye au maximum d'avoir une relation de confiance avec eux*. »

Effectivement, sans relation, le soin ne peut exister, selon Dominique Phanuel, maitre de conférences en sciences et gestion ainsi que Françoise Hamon-Mekki, cadre de santé : « *La confiance est une croyance faite d'espoir et d'abandon de soi exprimée envers quelqu'un ou quelque chose. Dans les soins, la relation de confiance est indispensable. La confiance est un processus qui s'enrichit, se consolide et s'affirme au fil des actions de soins et de leur aspect relationnel. »*[125]

Ainsi, lors de la relation entre l'enfant hospitalisé seul et la puéricultrice, la confiance est indispensable pour effectuer des soins, c'est grâce à la relation qu'elle a avec l'enfant que la confiance va se produire et que les soins pourront donc être prodigués dans des conditions favorables. Ils ajoutent par la suite : « *« Cultiver » la confiance par la relation nécessite de la part du personnel soignant d'être au plus près des attentes des patients, de faire preuve de grande qualité d'adaptation à chacun, de lui transmettre des informations claires, précises et adaptées et d'adopter des attitudes et comportements empathiques. »*[126]

La puéricultrice face à l'enfant hospitalisé seul est d'autant plus présente à ses côtés. La puéricultrice numéro 1 dit d'ailleurs : « *On va l'investir davantage dans la vie du service (…) c'est un enfant qui va être constamment avec nous.* » Nous savons suite à l'étude du développement psycho-affectif de l'enfant dans le cadre conceptuel, que parmi ses attentes on retrouve principalement le besoin d'affection. De plus, on remarque d'après les dires de la puéricultrice numéro 1 que le personnel soignant fait preuve d'une qualité d'adaptation dans ces prises en soin et hormis le fait qu'elles ne peuvent lui transmettre des informations précises et adaptées aux plus petits enfants, je peux dire que toutes les puéricultrices souhaitent instaurer une relation de confiance auprès des enfants hospitalisés.

125 HAMON-MEKKI.F, PHANUEL.D. La relation pour instaurer la confiance dans les soins. In *Soins.* Octobre 2013, N°779, p. 30-31.

126 Ibidem.

A noter que je n'ai pas abordé la relation de confiance dans le cadre conceptuel malgré la référence à la notion de relation grâce à Alexandre Manoukian, qui définit la relation comme étant : « *une rencontre entre deux personnes au moins, c'est-à-dire deux caractères, deux psychologies particulières et deux histoires ; nous pouvons alors compléter notre définition par l'énumération d'autres facteurs intervenant dans l'établissement d'une relation : les facteurs psychologiques, les facteurs sociaux et les facteurs physiques* »[127]. Intégrer la relation de confiance aurait donc pu être intéressant dans le développement du concept de la relation soignant-soigné.

Suite à la nécessité de combler le besoin affectif de l'enfant hospitalisé seul, les professionnelles interrogées expriment le fait de ne pas toujours réussir à respecter une juste distance dans cette dyade. La puéricultrice numéro 2 cite : « *Je pense notamment aux enfants qui viennent pour maltraitance ou dans le cadre de la pédopsychiatrie, des fois c'est compliqué d'avoir une juste distance avec eux* » alors que la puéricultrice numéro 1 dit : « *Alors je pense que ça c'est vraiment personne dépendante* », elle dit d'ailleurs dans l'entretien qu'il est indispensable pour le professionnel de bien se connaître, par exemple pour elle : « *on ne va pas être ingrats d'affection, je peux très bien être affectueuse avec un enfant mais quand je rentre chez moi je n'y pense plus* » puis ajoute « *j'ai des collègues qui disent bh non moi je ne veux pas m'occuper de l'enfant parce que je sais que je vais m'attacher* ». Je pense que c'est comme dans toute profession, il faut connaître ses difficultés, et apprendre à les accepter pour ne pas se mettre en danger psychologiquement, la puéricultrice numéro 1 les reconnaît d'ailleurs en me disant : « *moi je sais que quand je commence à m'attacher à un enfant bh je passe le relais.*»
Comme étudié dans le cadre conceptuel, grâce à l'article : *trouver la « juste » distance relationnelle entre enfant soigné et le soignant*, la juste distance est décrite : « *comme un équilibre à trouver pour accompagner l'enfant, répondre à ses besoins sans que le soignant perde son objectivité dans les prises en charge quotidiennes des enfants et sans prendre la place de leurs parents. »*[128]
Il est donc préférable pour le soignant de connaître ses limites afin de ne pas franchir cette juste distance. Je souhaite boucler cette sous-thématique par la conclusion de notre entretien avec la puéricultrice numéro 1 : « *Comment ne pas s'attacher quand on a choisi ce métier ?* »

127 MANOUKIAN, A. La relation soignant-soigné. Edition Lamarre, 4ème édition, 2014, 202 pages.

128 DUBRULLE, A et WANQUET-THIBAULT, P. Trouver la « juste » distance relationnelle entre enfant soigné et soignant. In *Cahiers de la puéricultrice*. Mars 2018, N° 315, p. 12-17.

Je vais donc conclure ce thème par une dernière partie qui porte sur les impacts potentiels des prises en soins d'enfants hospitalisés seuls sur la vie professionnelle des puéricultrices.

- *Les impacts potentiels de ces prises en soins sur la vie professionnelle du soignant.*

La puéricultrice numéro 2 dit : « *Au début on est révolté, et après on apprend que bh malheureusement c'est comme ça et les parents n'ont pas forcément une vision identique à la nôtre de la prise en charge de leur enfant.* » Effectivement, les professionnelles témoignent avoir déjà porté des jugements auprès des parents absents. La puéricultrice numéro 1 dit : « *l'investissement est beaucoup plus important (…) on se prend facilement au jeu de remplacer la figure d'attachement maternelle (…) on peut être amené à être une figure d'attachement sans être un parent car nous sommes quelqu'un de fiable qui répond aux besoins et s'occupe de l'enfant »* mais ajoute que « *le fait de comprendre les points de vue psychologiques de l'enfant à l'école de puéricultrices nous permet de mieux nous situer et de mieux nous placer envers l'enfant hospitalisé seul (…) mais on a une attitude différente en début de carrière qu'en fin de carrière. »* L'infirmière quant à elle exprime : « *je referais sans doute les mêmes erreurs parce que c'est ma façon d'être et je ne me vois pas être plus distante.* »
Elles estiment toutes avoir développé des mécanismes de défense au fur et à mesure de leurs expériences afin de maintenir une « *barrière* » comme le dit la puéricultrice numéro 1, ce propos nous renvoie donc au concept étudié dans le cadre conceptuel afin de limiter les affects sur leurs vies personnelles et professionnelles. Pour rappel, H. Chabrol, définit les mécanismes de défense comme : « *Ce sont des opérations mentales involontaires et inconscientes qui contribuent à atténuer les tensions internes et externes. »*[129]
Je conclurai cette dernière partie par les propos de la puéricultrice numéro 2 : « *Avec le temps, on apprend.* »

Après avoir étudié les différentes thématiques émergées de ces entretiens, je terminerai ce chapitre en concluant.

129 CHABROL.H. Les mécanismes de défense [en ligne]. Éditeur : association de recherche en soins infirmiers. 100 pages. Format PDF. Disponible sur <https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2005-3-page-31.htm>

Conclusion de l'analyse

Grâce à ces entretiens, plusieurs éléments ont pu être mis en avant : Tout d'abord, toutes les professionnelles interrogées ont déjà pu accompagner des enfants hospitalisés en l'absence de leur figure d'attachement principale. Elles ont pu évoquer une difficulté dans ces prises en soin liée à l'absence du parent avec parfois la présence de jugement liée à cette absence. Au sein des services, les professionnelles doivent donc faire preuve d'une plus grande disponibilité afin d'accompagner l'enfant, ce qui n'est pas toujours facile par exemple lors des pics épidémiques en période hivernale où c'est justement la période où l'absence parentale est d'autant plus importante.

Les présentations de situations vécues ont permis la concrétisation des propos ainsi qu'une meilleure visualisation de leurs postures professionnelles face à ces enfants. On a d'ailleurs remarqué que d'après les dires de l'infirmière, il est possible que le soignant devienne une figure d'attachement pour l'enfant hospitalisé seul lié aux réponses apportées lorsqu'il manifeste des besoins.

De plus, cette analyse a permis de refléter à nouveau l'importance du travail pluridisciplinaire dans ces prises en soins parmi lequel on a retrouvé la profession d'assistante sociale, celle de l'éducateur(trice) de jeunes enfants, et celle de l'auxiliaire de puériculture.

Ensuite, chaque puéricultrice et l'infirmière ont décrit les besoins fondamentaux de l'enfant. Suite aux recherches effectuées dans le cadre conceptuel et aux réponses apportées lors de l'enquête, je peux valider l'hypothèse numéro 1 : En répondant de manière adaptée aux besoins fondamentaux de l'enfant de 0 à 3 ans, les besoins physiologiques, le besoin de sécurité et d'appartenance, la puéricultrice pallie l'absence temporaire de la figure d'attachement principale.

Puis, lors de l'analyse, je remarque différentes méthodes d'accompagnement et de prises en soins de l'enfant hospitalisé seul avec des propos différents également. Ainsi, l'organisation au sein du service où exerce la puéricultrice numéro 1 ne permet pas forcément la poursuite du développement psycho-affectif de l'enfant seul. Alors que la puéricultrice 2 espère que cette organisation va permettre un développement psycho-affectif certain. Mais grâce aux recherches concernant la méthode Loczy, je remarque qu'il est préférable pour l'enfant d'avoir une personne référente. Malgré ces affirmations et le manque de moyens et de personnel au sein du milieu hospitalier, cela ne peut se mettre en place. J'avais alors formulé une deuxième hypothèse à l'issue du cadre conceptuel : L'optimisation de l'organisation des soins par les puéricultrices, favorise la poursuite du développement psycho-affectif de l'enfant en l'absence

de sa figure d'attachement principale. Cette hypothèse peut donc être partiellement validée au vu des recherches effectuées au sein du cadre conceptuel et des propos recueillis lors des entretiens. Afin d'approfondir cette thématique et au vu des réponses apportées concernant l'intérêt du travail en équipe pluridisciplinaire, je propose pour ouverture un entretien éventuel auprès d'un(e) éducateur(trice) de jeunes enfants pour essayer de cerner encore davantage les spécificités de la figure d'attachement principale à l'hôpital.

Suite à l'achèvement de ce travail d'analyse, je vais aborder une dernière partie essentielle du projet professionnel portant sur les réflexions professionnelles.

3) Réflexions professionnelles

La réalisation de cet ouvrage fut un travail de longue haleine, riche en apprentissages et en compréhension. J'ai pu découvrir de nouvelles notions aussi bien sur le plan théorique que sur le plan de la pratique, je pourrai alors les remobiliser dans un futur proche en tant que professionnelle de la petite enfance.

Par le biais de ce projet, je me suis attachée à l'accompagnement des puéricultrices face à l'enfant hospitalisé seul. Particulièrement auprès de la tranche d'âge de 0 à 3 ans au sein d'un service de Pédiatrie, afin de connaître la posture appropriée, pour permettre à l'enfant la poursuite d'un développement harmonieux en l'absence de sa figure d'attachement principale.

L'élaboration de ce travail m'a permis de noter l'importance d'être disponible pour ces enfants, de répondre à leurs besoins dès que nécessaire, de leur accorder une place importante dans les prises en soins et de collaborer avec l'équipe pluridisciplinaire. Je souhaite d'ailleurs citer les docteurs April, Englebert et Gauthier : « *Pour l'institution, il s'agira donc d'accueillir pleinement l'enfant dans son individualité, de le considérer dans le respect de ses besoins, de veiller à son épanouissement dans le souci de son bon développement*. »[130]

[130] APRIL, P. ENGLEBERT, J. GAUTHIER, J-M. La sécurité affective chez l'enfant en milieu résidentiel: des soins du corps au bien-être émotionnel. In *l'évolution psychiatrique*, 2015, N°80, p 501 à 513.

Lors de l'exercice de ma future profession, si je me retrouve face à un enfant seul, je devrais donc faire preuve de disponibilité, d'écoute, d'attention, de douceur et de bienveillance afin d'aboutir à une relation de confiance avec l'enfant. J'ai notamment l'envie de développer mes capacités professionnelles au sein d'un service de pédiatrie générale, je vais alors y être confrontée et pourrai mettre à profit mes connaissances sur ce sujet, auprès du personnel pour aboutir à une prise en soins optimale, dans le but de poursuivre le développement global de l'enfant hospitalisé seul.

Je tiens à ajouter certains freins à l'élaboration du mémoire qui sont essentiels à énoncer, avec premièrement le nombre d'entretiens restreint qui remet en question la validation d'une hypothèse. De plus, la réalisation de ce projet professionnel dans un contexte de crise sanitaire a ajouté une difficulté à ce travail.

Je propose en axes d'amélioration, une meilleure gestion de mon temps de travail, ce qui m'aurait permis de réaliser un entretien supplémentaire avec une puéricultrice.

Pour conclure, je tiens à préciser que ce travail a été élaboré dans le cadre d'un service de pédiatrie mais qu'il peut également être étendu auprès d'autres services susceptibles d'accueillir des enfants hospitalisés seuls comme en service de Néonatologie, de soins de suite et de réadaptation pédiatrique et de tout autre service contribuant à des hospitalisations longues.

Je vais donc passer à la conclusion générale du projet professionnel.

Conclusion

Je vais donc conclure ce mémoire portant sur l'accompagnement de la puéricultrice face à l'enfant hospitalisé seul.
J'ai débuté ce travail par la rédaction d'une situation d'appel afin d'effectuer notamment des recherches centrées sur le thème abordé.
Je me suis donc axée sur les grands thèmes de cette situation, premièrement une partie générale concernant l'enfant de 0 à 3 ans, puis sur l'attachement, et une dernière partie sur la puéricultrice et l'enfant hospitalisé seul.

Vient ensuite l'étude de différents auteurs et de différentes recherches afin de rédiger le cadre conceptuel. Cette première partie m'a alors permis de comprendre la place importante que doit avoir l'enfant hospitalisé seul grâce à l'analyse de ses besoins, de son développement psycho-affectif, de son vécu à l'hôpital. L'étude du processus d'attachement fut une partie importante également, afin de comprendre l'élaboration, ainsi que la fragilité du lien d'attachement, et des conséquences qui en découlent si celui-ci vient à être rompu. J'ai pu terminer cette partie par la relation entre l'enfant hospitalisé seul et la puéricultrice.

Ainsi, j'ai pu formuler une question de départ :
« Quel accompagnement la puéricultrice peut-elle mettre en œuvre pour prendre en soin l'enfant, en l'absence de relation avec sa figure d'attachement principale ? »
Puis, une problématique :
« Quelle posture professionnelle la puéricultrice peut-elle adopter pour atténuer les conséquences, sur l'enfant, de l'absence temporaire de relation avec sa figure d'attachement principale ? »
Par cette question et ces recherches, deux hypothèses ont pu en découler. La première étant : « En répondant de manière adaptée aux besoins fondamentaux de l'enfant de 0 à 3 ans : les besoins physiologiques, le besoin de sécurité et d'appartenance, la puéricultrice pallie l'absence temporaire de la figure d'attachement principale. ». La deuxième était : « L'optimisation de l'organisation des soins par les puéricultrices favorise la poursuite du développement psycho affectif de l'enfant en l'absence de sa figure d'attachement principale. »

Dans le but de découvrir la façon dont les professionnels accompagnent l'enfant hospitalisé seul de 0 à 3 ans, en service de Pédiatrie, j'ai pu m'entretenir auprès de deux puéricultrices diplômées d'état, et d'une infirmière diplômée d'état en exercice dans ce domaine.
J'ai donc par la suite, effectué l'analyse thématique de ces entretiens, ce qui a pu me conduire à la validation d'une hypothèse. Quant à la deuxième, celle-ci est partiellement validée.

Je tiens à préciser que ce travail fut à nouveau essentiel dans la construction de mon identité professionnelle par l'exploration d'un champ de compétence indispensable à notre profession qui est l'accompagnement.

Je conclurai cet ouvrage, par une citation qui prend tout son sens lorsque l'enfant est hospitalisé seul : « *Le plus important à garder en mémoire, c'est que tout le monde a besoin d'un réservoir rempli d'attachement par du contact humain et des liens affectifs.* »[131] de Lawrence COHEN, Psychologue Anglo-Saxon.

[131] ROBILLARD.R, TREMBLAY.M. L'approche positive au service du développement du cerveau de l'enfant [en ligne]. Disponible sur <https://www.aqisep.qc.ca/colloque/an2019/MA3/ma3.pdf> (Consulté le 02 Juillet 2020)

Bibliographie

OUVRAGES

ARGENTY, J. Précis de relation de soins. Edition Seli Arslan, 2012, 201 pages.

BLANCHET, A et GOTMAN, A. L'enquête et des méthodes : l'entretien. Edition Armand Colin, 2ème édition, 2015, 128 pages.

CAFFARI.R. Du soin et du relationnel entre professionnel et enfant. Edition Erès, 2017, 220 pages.

GASSIER, J. Le guide de la puéricultrice. Edition Elsevier Masson, 3ème édition, 2007, 1280 pages.

GAUTHIER, Y, FORTIN, G et JELIU, G. L'attachement un départ pour la vie. Edition Hôpital Sainte-Justine, 2009, 130 pages.

GUEDENEY, N et GUEDENEY, A. L'attachement : approche clinique et thérapeutique. Edition Elsevier Masson, 2ème édition, 2016, 424 pages.

MANOUKIAN, A. La relation soignant-soigné. Edition Lamarre, 4ème édition, 2014, 202 pages.

PICHERE, P. La pyramide des besoins. Edition Lemaîte publishing, 2014, 28 pages.

ROSKAM, I, MEYER, V et DESHAYES, JL. Figures d'attachement et soins du lien mère-enfant. Edition Harmattan, 2017, 180 pages.

ROSKAM, I, GALDIOLO, S, MEUNIER, JC et STIEVENART, M. Psychologie de la parentalité : modèles théoriques et concepts fondamentaux. Edition De Boek, 2015, 325 pages.
SOLIS-PONTON.L La parentalité, défi pour le troisième millénaire. Edition Puf, 2002, 448 pages.

REVUES

APRIL, P. ENGLEBERT, J. GAUTHIER, J-M. La sécurité affective chez l'enfant en milieu résidentiel : des soins du corps au bien-être émotionnel. In *l'évolution psychiatrique*, 2015, N°80, p 501 à 513.

CARITOUX, L. La parentalité une notion en devenir. In *Cahiers de la puéricultrice*. Avril 2009, N° 226, p. 10-12.

DE SAINT-SAUVEUR, C et DUVERDIER, C. Infirmière puéricultrice, une profession en pleine évolution. In *Soins pédiatrie/puériculture*. Octobre 2008, N°244, p. 31-34.

DUBRULLE, A et WANQUET-THIBAULT, P. Trouver la « juste » distance relationnelle entre enfant soigné et soignant. In *Cahiers de la puéricultrice*. Mars 2018, N° 315, p. 12-17.

DUFOUR, G. Césarienne et attachement, le rôle de la puéricultrice en maternité. In *Cahiers de la Puéricultrice*. Mars 2014, N°275, p. 35- 38.

EUILLET, S. Le système d'attachement de l'enfant, entre singulier et pluriel. In *Cahiers de la Puéricultrice*. Octobre 2012, N°260, p. 13-16.

GUEDENEY, N, LAMAS, C, BEKHECHI, V, MINTZ, AS, GUEDENEY, A. Développement du processus d'attachement entre un bébé et sa mère. In *Archives de pédiatrie*, Juin 2008, volume 15, N°S1, p 12-19.

HAMON-MEKKI.F, PHANUEL.D. La relation pour instaurer la confiance dans les soins. In *Soins*. Octobre 2013, N°779, p. 30-31.

MICHON, F. Les relations interpersonnelles avec la personne soignée et la notion de juste distance. In *Soins*. Mars 2013, N°773, p. 32-34.

SAIAS, T, BONNARD, A, SMAILI, H, CLOUET, F et POISSANT, J. Favoriser l'attachement parents-enfants. In *Cahiers de la puéricultrice*. Janvier 2015, N°283, p. 12-16.

STRUMEYER, C. Qu'est-ce que la parentalité aujourd'hui ? In *Soins Pédiatrie/Puériculture*. Août 2007, N°237, p. 16-19.

UNRUG MC. T. M. Analyse de contenu. In *Communication et langages*. 1974, N°22, p. 125-126.

DOCUMENTS ELECTRONIQUES

- *Pages d'un site*

BARDIN.L. L'analyse de contenu. Presses Universitaires de France [en ligne]. Disponible sur : <https://www-cairn-info.ezproxy.univ-catholille.fr/l-analyse-de-contenu--9782130627906.htm?contenu=presentation> (Consulté le 5 Juillet 2020)

BERNATEAU.I. La séparation, un concept pour penser les relations précoces et leur réaménagement à l'adolescence [en ligne]. Disponible sur : <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01509890/document> (Consulté le 30 Mars 2020)

BLUTEAU.L. Style d'attachement et parentalité [en ligne]. Disponible sur <https://psy-resilience.com/parenting-resources/mes-approches-theoriques/la-theorie-de-lattachement/attachement-et-parentalite/> (Consulté le 2 Janvier 2020)

BONNEVILLE.E. L'attachement désorganisé/désorienté [en ligne]. Disponible sur <http://theses.univ-lyon2.fr/documents/getpart.php?id=lyon2.2008.bonneville_e&part=139068> (Consulté le 2 Janvier 2020)

CANINI.C. La protection judiciaire d'un enfant mineur [en ligne]. Disponible sur <https://consultation.avocat.fr/blog/claudia-canini/article-21446-la-protection-judiciaire-d-un-enfant-mineur--de-quoi-s-agit-il.html> (Consulté le 23 Juin 2020)

CEEPAME. Le métier auxiliaire de puériculture [en ligne]. Disponible sur <https://www.ceepame.com/metier-auxiliaire-de-puericulture/> (Consulté le 27 Juin 2020)

CH CARCASONNE. Le soignant [en ligne]. Disponible sur <https://www.ch-carcassonne.fr/imgfr/files/ANNONCEChangementMotivation2017.pdf> (Consulté le 17 Avril 2020)

COURS.I. La relation soignant-soigné [en ligne]. Disponible sur <http://coursinfirmiere.free.fr/styled/styled-3/files/relation-soignant-soigne0301.pdf> (Consulté le 15 Avril 2020)

GIFFARD.D. L'hospitalisme [en ligne]. Disponible sur <http://psychiatriinfirmiere.free.fr/definition/hospitalisme/hospitalisme-theorie.htm.> (Consulté le 18 Mars 2020)

LORIN, A. Les étapes du développement psychoaffectif de l'enfant, illustrées de dessin [en ligne]. Disponible sur <https://www.psychiatriemed.com/textes/42-dr-anne-lorin/86-les-etapes-du-developpement-affectif-de-lenfant-illustrees-de-dessins-dr-anne-lorin-.html.> (Consulté le 31 Mars 2020)

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS. Educateur(trice) jeunes enfants [en ligne]. Disponible sur <http://www.metiers-fonctionpubliquehospitaliere.sante.gouv.fr/spip.php?page=fiche-metier&idmet=36> (Consulté le 01 Juillet 2020)

PHANEUF.M. Quelques mécanismes de défense observables chez nos étudiants [en ligne]. Disponible sur <http://www.prendresoin.org/wp-content/uploads/2013/03/Quelques-me%CC%81canismes-de-de%CC%81fense-chez-nos-e%CC%81tudiants..pdf> (Consulté le 16 Avril 2020)

RABIER.R. Les familles monoparentales [en ligne]. Disponible sur <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1285832> (Consulté le 25 Juin 2020)

RAEYMAEKERS.A. Le processus de séparation [en ligne]. Disponible sur <https://psychaanalyse.com/pdf/JUNG_INDIVIDUATION_LE%20PROCESSUS%20DE%20SEPARATION_2_PAGES_70_KO.pdf> (Consulté le 18 Mars 2020)

RENAULT.A. Psychologie et développement de l'enfant [en ligne]. Disponible sur <https://ressources-cemea-pdll.org/IMG/pdf/developpement_enfant_dossier.pdf.> (Consulté le 30 Mars 2020)

ROBILLARD.R, TREMBLAY.M. L'approche positive au service du développement du cerveau de l'enfant [en ligne]. Disponible sur <https://www.aqisep.qc.ca/colloque/an2019/MA3/ma3.pdf> (Consulté le 02 Juillet 2020)

RICHARD.C. La relation soignant/soigné et ses aspects [en ligne]. Disponible sur <https://docplayer.fr/51699575-La-relation-soignant-soigne-et-ses-aspects.html> (Consulté le 06 Avril 2020)

RUSZNIEWSKI. M. Les mécanismes de défense dans la relation médecin-malade : confrontation à la maladie grave [en ligne]. Disponible sur <https://pediadol.org/wp-content/uploads/2011/12/U2011_ruszniewski.pdf> (Consulté le 14 Avril 2020)

T.HALL.E. La proxémie [en ligne]. Disponible sur <https://www.psychologie-sociale.com/index.php/fr/dossiers-de-lecture/30-la-proxemie> (Consulté le 06 Avril 2020)

UNESCO. Charte Européenne de l'enfant hospitalisé [en ligne]. Disponible sur <https://www.sparadrap.org/sites/default/files/inline-files/charte%20europeenne%20des%20droits%20de%20enfants%20hospitalises_enfants.pdf> (Consulté le 01 Mai 2020)

- *Articles électroniques*

BACRO.F et FLORIN.A Spécificité des Modèles internes opérants : les représentations d'attachement au père et à la mère chez des enfants de 3 à 5 ans. Éditeur : Presses Universitaires de France. 112 pages. Format PDF. Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-enfance1-2008-2-page-108.htm>

CHABROL.H. Les mécanismes de défense [en ligne]. Éditeur : association de recherche en soins infirmiers. 100 pages. Format PDF. Disponible sur <https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2005-3-page-31.htm>

CHAUVIERE.M. La parentalité comme catégorie de l'action publique [en ligne]. Éditeur : Caisse nationale d'allocations familiales. 172 pages. Format PDF. Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-informations-sociales-2008-5-page-16.htm>

FALK.J, PIKKLER.E, RASSE.M. Les soins corporels, un soin psychique [en ligne]. Éditeur : Eres. 160 pages. Format PDF. Disponible sur <https://www.cairn.info/revue-spirale-2011-1-page-147.htm>

FORMARIER.M. Les concepts en soins infirmiers [en ligne]. Éditeur : association de recherche en soins infirmiers. 328 pages. Format PDF. Disponible sur <https://www.cairn.info/concepts-en-sciences-infirmieres-2eme-edition--9782953331134.htm>

GOLDBETER-MERINFELD.E. Théorie de l'attachement et approche systémique [en ligne]. Éditeur : De Boeck Supérieur. 166 pages. Format PDF. Disponible sur <https://www.cairn.info/revue-cahiers-critiques-de-therapie-familiale-2005-2-page-13.htm>

IMBERT.G. L'entretien semi-directif [en ligne]. Éditeur : association de recherche en soins infirmiers. 102 pages. Format PDF. Disponible sur <https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2010-3-page-23.htm>

MOTTAZ.AM. Les concepts en soins infirmiers [en ligne]. Éditeur : association de recherche en soins infirmiers. 328 pages. Format PDF. Disponible sur <https://www.cairn.info/concepts-en-sciences-infirmieres-2eme-edition--9782953331134-page-42.htm>

TERENO.S, et al. La théorie de l'attachement : son importance dans un contexte pédiatrique [en ligne]. Éditeur : *Devenir*. 188 pages. Format PDF. Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-devenir-2007-2-page-151.htm#:~:text=Les%20%C3%A9tudes%20classiques%20de%20Spitz,moteur%20d'une%20d%C3%A9sint%C3%A9gration%20du>

DICTIONNAIRE

DICTIONNAIRE LAROUSSE [en ligne]. Disponible sur <https://www.larousse.fr/> (Consulté le 29 Mars 2020)

AUTRES

BACQUET, BONDUELLE. Cours intitulé « Oxygénothérapie » pour la promotion des étudiantes puéricultrices 2019-2020. IFsanté.

DELOBELLE. Cours intitulé « Désir d'enfant et parentalité » pour la promotion des étudiantes puéricultrices 2019-2020. IFsanté.

Annexes

Annexe 1 : Circulaire N°83-24 du 1er Août 1983 relative à l'hospitalisation des enfants.[132]

Ministère des Affaires Sociales et de la Solidarité Nationale
Secrétariat d'Etat chargé de la Santé
Secrétariat chargé de la Famille, de la Population et des Travailleurs Immigrés

CIRCULAIRE N° 83-24 DU 1ER AOUT 1983
relative à l'hospitalisation des enfants

(Non parue au Journal Officiel)

Le ministre des affaires sociales
et de la solidarité nationale,

Le secrétaire d'Etat chargé de la famille,
de la population et des travailleurs immigrés

à

Messieurs les commissaires de la République :
Directions régionales des affaires sanitaires et sociales (pour information) ;
Directions départementales des affaires sanitaires et sociales (pour exécution) ;
Messieurs les directeurs généraux des centres hospitaliers régionaux ;
Messieurs les directeurs des établissements hospitaliers.

SOMMAIRE

INTRODUCTION ..... page 2
1. Eviter les hospitalisations non strictement nécessaires ..... page 3
2. Préparer l'admission ..... page 3
3. Accueillir l'enfant et ses parents à l'admission ..... page 4
4. Admettre l'enfant avec un de ses parents ..... page 4
5. Faire participer les parents ..... page 5
6. Adapter les soins et les conditions de traitement à l'âge de l'enfant et l'y préparer ..... page 5
7. Améliorer les conditions de séjour ..... page 5
8. Développer les visites ..... page 6
9. Informer les parents au cours du séjour ..... page 7
10. Préparer la sortie ..... page 7
11. Favoriser l'introduction de ces mesures auprès de l'équipe médicale soignante ..... page 7
Annexe 1. - Quelques situations particulières ..... page 8
Annexe 2 – Ouvrages et films utiles ..... page 10

[132] https://www.sparadrap.org/system/files/inline-files/Circulaire83.pdf

3 – ACCUEILLIR L'ENFANT ET SES PARENTS À L'ADMISSION

a) Le passage par un service d'urgence est souvent le premier contact avec l'hôpital ; fréquemment, l'enfant et ses parents le vivent très mal. Vous vous efforcerez donc d'améliorer l'accueil des enfants dans ce service. Dans toute la mesure du possible seront organisées des urgences autonomes de pédiatrie avec la présence, aux heures ouvrables, de personnels médicaux qualifiés (1).

b) Les formalités administratives ou autres ne doivent évidemment jamais prendre le pas sur l'accueil de l'enfant et de ses parents. cet accueil doit être aussi chaleureux et personnalisé que possible.

Rien ne vaut la présence d'un proche au moment de l'admission. Il est donc très important d'aider un membre de la famille à demeurer avec l'enfant pendant ses premières heures à l'hôpital. Cette personne devrait, dans toute la mesure du possible, être présente quand il s'endort le premier soir.

La présence rassurante d'un objet privilégié (animal en peluche, poupée, linge, couverture…) est indispensable pour le jeune enfant hospitalisé. Il faut donc toujours demander à sa famille, lors de la consultation préalable ou de l'admission, de lui remettre l'objet auquel il est attaché. Il est également préférable que l'enfant conserve ses vêtements qui sont un lien de plus avec son univers familier. Ces principes ne s'opposent pas, bien entendu, aux précautions d'hygiène (décontamination) qui pourraient s'avérer nécessaires.

Les parents seront consultés sur les habitudes et les aversions de l'enfant (alimentaires ou autres) et sur son vocabulaire particulier (pour aller aux toilettes, désigner son objet familier, etc…). Ces indications seront portées sur le dossier de soins pour que tous les membres de l'équipe puissent en avoir connaissance.

Enfin, chaque fois que des soins ne sont pas prodigués immédiatement à l'enfant, il faut éviter de le mettre au lit. Il doit avoir la liberté de jouer et de renouer avec ses activités habituelles.

(1) Ces observations s'appliquent aussi aux consultations externes. les enfants n'ont rien à gagner à y côtoyer les consultants adultes, avec parfois de longues durées d'attente. Nous souhaitons donc que vous puissiez organiser des consultations pour enfants indépendantes et nettement séparées des consultations ordinaires. Cet objectif est d'autant plus important que le rôle des consultations externes ne cesse de se développer.

4 – ADMETTRE L'ENFANT AVEC UN DE SES PARENTS

L'admission conjointe "mère ou père/enfant" est à développer. Elle permet à la mère ou au père de rester auprès de leur enfant, sinon jusqu'à sa sortie, du moins le temps de son adaptation. Cette admission conjointe doit être possible quelle que soit la nature de la maladie, et non pas seulement dans les cas les plus graves. L'angoisse de l'enfant ne dépend, en effet, pas nécessairement de la gravité objective de son état. Le séjour du père ou de la mère sera évidemment organisé en collaboration étroite avec l'équipe médicale et soignante.

Si les parents ont d'autres enfants à la maison, ils ne pourront peut-être recourir à l'admission conjointe sans une aide extérieure (mode de garde ou aide ménagère). Il vous appartient d'éclairer les parents à ce sujet et de les aider au besoin à prendre contact avec les équipes compétentes. Ici encore, une coopération constante entre le service social hospitalier et les services sociaux de secteur s'impose.

Pour faciliter l'admission conjointe parent/enfant, nous vous demandons de prévoir l'existence de chambres conçues à cette fin à l'occasion de toute construction ou rénovation.

Toutefois, dès à présent, et dans presque tous les cas, il suffit d'aménagements peu coûteux (lits pliants par exemple) pour permettre la présence d'un des parents. A défaut de chambres mixtes, quelques chambres d'accueil d'un parent peuvent être installées à proximité de certaines unités (réanimation par exemple) pour permettre le maintien d'une relation, même discontinue, ou seulement visuelle, à travers une vitre.

Enfin, il n'est souhaitable ni pour l'enfant, ni pour le personnel, ni pour le parent que ce dernier soit contraint de rester toute la journée dans la chambre ou dans les couloirs voisins. Il est donc important de prévoir, à proximité des services intéressés, une pièce où les membres de la famille accueillis temporairement puissent se reposer ou échapper à la tension qu'ils peuvent ressentir.

Annexe 2 : La charte européenne de l'enfant hospitalisé.[133]

Charte européenne de l'enfant hospitalisé

« Le droit aux meilleurs soins possibles est un droit fondamental, particulièrement pour les enfants. » (UNESCO)

Un enfant à l'hôpital, c'est l'affaire de tous.

Cette charte résume et réaffirme les droits des enfants hospitalisés.



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



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

3 - On encouragera les parents à rester auprès de leur enfant et on leur offrira pour cela toutes les facilités matérielles, sans que cela entraîne un supplément financier ou une perte de salaire. On informera les parents sur les règles de vie et les modalités de fonctionnement propres au service afin qu'ils participent activement aux soins de leur enfant.



4 - Les enfants et leurs parents ont le droit de recevoir une information sur la maladie et les soins, adaptée à leur âge et leur compréhension, afin de participer aux décisions les concernant. On essaiera de réduire au minimum les agressions physiques ou émotionnelles et la douleur.



5 - Les enfants et les parents ont le droit d 'être informés pour participer à toutes les décisions concernant la santé et les soins. On évitera tout examen ou traitement qui n 'est pas indispensable.



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



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



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



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



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



Illustrations : Pef
© APACHE - Pef - EACH

133 https://www.sparadrap.org/sites/default/files/inline-files/charte-illustree_2017.pdf

Annexe 3 : Entretien Puéricultrice numéro 2

Entretien PDE 2

Moi : Bonjour, je me présente, je m'appelle Carla je suis étudiante puéricultrice au sein de l'institut de formation en santé à Lomme, suite à l'obtention du diplôme d'état d'infirmière en Juillet 2018 j'ai pu débuter ma carrière professionnelle au sein d'un service de pédiatrie générale puis en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. J'ai ensuite rejoint les bancs de l'école de puéricultrice en Septembre 2019. Mon premier stage fut réalisé en service de maternité puis un second stage en crèche d'entreprise et dernièrement en Protection Maternelle et Infantile. Pour mon projet professionnel ayant pour thème « La puéricultrice face à l'enfant hospitalisé seul » je souhaiterais échanger avec vous sur cette thématique. Je précise que cet entretien est anonyme, lorsque je rédigerais mon analyse je veillerais à ne faire apparaître aucun nom, prénom. De plus, je souhaiterais avoir votre accord pour enregistrer cet échange qui sera supprimé lorsque la retranscription sera terminée.

PDE[134] : Y'a aucun problème.

Moi : Parfais merci, alors en question d'introduction, pouvez-vous m'exposer votre parcours professionnel depuis que vous êtes diplômée infirmière puéricultrice ?

PDE : Alors euh, j'ai 25 ans, je suis diplômée infirmière depuis 2015 et puéricultrice depuis Décembre 2016, j'ai travaillé 4 mois au sein d'un service de pédiatrie générale et de néonatalogie euh ensuite euh dans un petit hôpital, après je suis partie dans un grand centre hospitalier euh régional, où j'ai fait de la réanimation néonatale, de la neurologie pédiatrique, de la gastro pédiatrie, de la pneumologie pédiatrique et ensuite je suis retournée dans un plus petit centre hospitalier pour faire de la pédiatrie générale, de la néonatalogie et des urgences pédiatriques.

Moi : Alors en première question, accompagnez-vous des enfants hospitalisés seuls sans leur figure d'attachement principale dans le service ?

[134] PDE : Puéricultrice Diplômée d'État

PDE : Oui euh assez souvent.

Moi : D'accord, est-ce que vous pouvez me décrire une situation que vous avez vécue ?

PDE : Alors euh, j'essaye de penser à la dernière qu'on en a eu… Euh, un petit garçon de 8 ans euh qui venait dans le cadre de la psychiatrie, euh pédopsychiatrie pour des crises classiques, euh la maman seule ne souhaitait plus le prendre à la maison et du coup elle est venue avec son enfant, elle nous l'a laissé et puis euh, elle nous a dit : « *débrouillez-vous* ». Donc voilà on a ça, et après généralement en période hivernale, les parents qui ne peuvent pas garder leur petit bout parce qu'ils ont généralement d'autres enfants. Donc l'hiver on se retrouve avec des petits loulous de quelques mois dans le service donc ils arrivent euh ils nous donnent les doudous, ils nous disent ce qu'il mange et les parents s'en vont parce qu'ils ne peuvent pas garder leur petit à cause des autres enfants.

Moi : D'accord très bien et quels attachements ces enfants présentaient selon-vous ?

PDE : Euh, un attachement assez in sécure, euh c'est vrai que souvent ils sont un peu perdus, ils ont assez peur, ils se demandent ce qui leur arrive parce que l'odeur de maman elle n'est plus là, la présence n'est pas là, nous nous ne pouvons pas être 24H/24 dans la chambre du coup ils ont peur, ils ont tendance oui à plus être in sécure. Et alors à contrario des fois il nous arrive d'avoir des enfants qui sont totalement sécures et du coup par contre là ça nous inquiète parce qu'entre guillemets s'ils arrivent à autant s'attacher à nous c'est que bh ça n'est pas tout à fait normal. Euh des enfants qui viennent vers nous comme ça, qui s'attachent aussi facilement, euh ce n'est pas très bon, généralement y'a quelque chose là-dessous.

Moi : En question suivante, quelle est l'organisation du service pour la prise en soins de ces enfants seuls, comment ça s'organise au niveau du service ?

PDE : Alors euh généralement ce qu'on fait c'est qu'on les met à côté de la salle de soins, le plus proche possible, côté porte comme ça ça nous invite à les avoir le plus près de nous euh quand c'est une chambre double mais de toute façon quoi qu'il arrive on les met en chambre double. Euh ce qu'on fait c'est qu'on laisse les portes ouvertes de la chambre comme ça on l'entend quand il pleure et euh on y passe assez souvent. Euh généralement parce qu'elles ont un peu plus le temps c'est les auxiliaires de puériculture qui le font, qui s'occupent globalement

de l'enfant mais il nous arrive à nous, surtout la nuit, de les prendre avec nous pour essayer de les calmer quand ils pleurent euh généralement c'est ce qu'on fait. De plus, lors des prises de postes, si nous sommes présentes depuis plusieurs jours, nous essayons en équipe de reprendre les mêmes enfants en soins et euh je crois que c'est tout ce qu'on fait oui. Généralement on fait ça puis on essaye de les rassurer. Moi je sais pertinemment que quand un enfant, surtout les petits bouts de quelques mois ou quelques semaines des fois pleurent et ont besoin d'un gros câlin, je sais que je les prends avec moi, je leur fais un gros câlin et euh ça permet de les rassurer, surtout la nuit en fait où on a plus le temps.

Moi : Très bien, est-ce que vous pensez que cette organisation favorise la poursuite du développement psycho-affectif de l'enfant ?

PDE : J'ai envie de dire on espère (rires). On espère mais en tout cas on fait au mieux parce que c'est vrai que c'est compliqué quand ça dure hein. Bon quand ça dure quelques jours c'est tout mais il nous est déjà arrivé que ça dure quelques semaines voire quelques mois et dans ces cas-là bh on pallie un peu les parents parce que quand ils ne sont pas là ou qu'ils n'ont plus le droit de visite ou autre il faut bien que l'enfant se développe donc euh on essaye de pallier un maximum.

Moi : D'accord très bien, pensez-vous que la tranche d'âge 0 à 3 ans soit très impactée par l'absence de sa figure d'attachement principale ? Si oui, pourquoi ?

PDE : Oui je pense quand même, je pense parce qu'ils ne sont pas, enfin, comment dire, ils sont petits en fait et ils ont du mal à comprendre ce qui se passe. Euh, à un enfant plus grand on peut expliquer bh maman va partir, elle va s'occuper des frères et sœurs etc, on pourra lui expliquer forcément les choses avec ce qu'il connaît. Un petit comme ça de 0 à 3 ans, concrètement on ne va pas lui dire bh maman elle part c'est le drame quoi, c'est maman elle part, maman elle s'en va, mais maman m'abandonne, maman n'est plus là et papa non plus. Donc pour moi oui c'est compliqué.

Moi : D'accord, afin de pallier l'absence temporaire de la figure d'attachement principale que mettez-vous en place pour l'enfant hospitalisé ?

PDE : Alors euh comme je disais tout à l'heure, un gros câlin chez les tous petits, enfin à chacun on essaye de leurs faire des câlins s'ils en ont besoin, quand c'est un enfant qui veut les bras on essaye de le prendre à bras quand on peut. Il nous arrive aussi de les prendre en poussette, euh si on a un étudiant infirmier ou une auxiliaire de puériculture on le mettra en soins avec l'enfant seul. Euh, on a l'éducateur de jeunes enfants aussi qui s'occupe des enfants seuls euh les auxiliaires de puériculture qui essayent de s'en occuper au maximum, euh ce qu'on fait aussi c'est qu'on met des mobiles pour les tout-petits, on leur met leur veilleuse, leur musique euh, un peu de tout quoi. On essaye de les rassurer un maximum en mettant des… comment dire, si maman a une écharpe on met l'écharpe près d'eux, oui voilà on fait tout ça.

Moi : D'accord merci.

PDE : Des fois on les prend avec nous en salle de soins.

Moi : Et quelle relation aviez-vous instaurée auprès de ces enfants qui sont hospitalisés seuls ?

PDE : On essaye déjà de créer une relation de confiance, qu'ils se sentent en confiance avec nous euh parce que c'est un peu difficile quoi. Globalement de se retrouver sans la figure d'attachement c'est compliqué donc on essaye au maximum d'avoir une relation de confiance avec eux.

Moi : D'accord et est-ce que vous avez ressentis des émotions durant ces prises en soin ?

PDE : Ah bah des fois oui, on a notre cœur qui se serre parce qu'on est des êtres humains parce que pour tel ou tel enfant on se dit « *oh bah c'est vrai que c'est difficile d'être seul* ». Moi je sais que j'ai déjà eu un petit bout de 15 jours de vie tout seul, fin concrètement 15 jours de vie c'est vrai que ça fait mal au cœur. Mais après au fur et à mesure des expériences oui ça fait toujours un peu mal au cœur mais c'est comme ça. On essaye surtout de ne pas avoir de jugement parce que le jugement mine de rien il peut être présent. Des fois on ressent de la colère, parce que la colère de oui laisser l'enfant seul alors que parfois il n'y a même pas de justification. Après des fois ça peut être un peu joyeux parce qu'on les retire pour certains, d'un milieu particulier, on se dit qu'on va leur faire des câlins, des papouilles… Fin on est content aussi parfois de materner un petit peu.

Moi : Et euh du coup, pensez-vous respecter une juste distance avec ces enfants qui sont hospitalisés seuls ?

PDE : C'est compliqué des fois. Surtout en fonction de la situation pour laquelle l'enfant vient. Je pense notamment aux enfants qui viennent pour maltraitance ou dans le cadre de la pédopsychiatrie, des fois c'est compliqué d'avoir une juste distance avec eux. Parce qu'on se projette, on fait des transferts, puis on se dit ça pourrait être euh… Bh non ça n'est pas ton petit frère ou autre donc ça peut être compliqué quoi.

Moi : D'accord très bien. Quels ont été les impacts sur votre vie professionnelle face à ces enfants ?

PDE : Et bah j'ai envie de dire qu'avec le temps bah on apprend. Parce qu'au début on est révolté et après on apprend que malheureusement c'est comme ça et les parents n'ont pas forcément une vision identique à la nôtre de la prise en charge de leur enfant. Euh concrètement si j'avais des enfants je me dis que je ne les lâcherais pas une minute mais bon pour certain ça n'est pas leur vision donc euh je pense qu'on apprend au fur et à mesure et je pense que malheureusement on n'a pas le choix, on apprend.

Moi : D'accord merci, avez-vous des précisions à ajouter ? Si non, j'arrête l'enregistrement.

PDE : Et bah non, je pense qu'on a bien abordé le sujet donc c'est bon pour moi.

Moi : D'accord très bien, donc je vous remercie pour votre disponibilité ainsi que pour votre aide.