



HAL
open science

La puéricultrice et le syndrome du bébé secoué : l'importance de l'accompagnement en milieu hospitalier

Eva Bouchedda

► To cite this version:

Eva Bouchedda. La puéricultrice et le syndrome du bébé secoué : l'importance de l'accompagnement en milieu hospitalier. *Pédiatrie*. 2022. dumas-04076407

HAL Id: dumas-04076407

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04076407v1>

Submitted on 20 Apr 2023

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

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



BOUCHEDDA Eva

Promotion 2021/2022

Projet professionnel

La puéricultrice et le syndrome du bébé secoué

L'importance de l'accompagnement en milieu hospitalier

Ecole de puéricultrice

Ifsanté Lomme

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION.....	1
1 ^{ère} Partie : DE LA SITUATION D'APPEL A LA QUESTION DE DEPART.....	2
2 ^{ème} Partie : CADRE THEORIQUE.....	7
1.Cadre contextuel.....	7
1.1 La puéricultrice.....	7
1.2. Syndrome du bébé secoué.....	8
1.2.1 La maltraitance.....	10
1.2.2 Les services.....	11
1.2.3 Législation.....	13
2. Cadre conceptuel.....	15
2.1 La prise en charge du bébé secoué et de sa famille.....	15
2.1.1 La prise en soin.....	15
2.1.2 L'accompagnement.....	16
2.2 Les émotions de la puéricultrice.....	18
2.2.1 Définition.....	18
2.2.2 L'empathie.....	19
3.Conclusion du cadre de référence.....	22
3 ^{ème} Partie : LA DEMARCHE D'ENQUETE.....	24
1. Méthodologie de l'enquête.....	24
1.1 Le choix de l'outil :.....	24
1.2 Le choix de la population et du lieu.....	24
1.3 Les limites du projet d'enquête.....	25
2. Le déroulement de l'enquête.....	25
2.1 La collecte des données.....	26
2.2 Les limites de l'enquête.....	27
3. Analyse des données en lien avec le cadre théorique.....	28
3.1 L'accompagnement.....	28
3.1.1 Législation.....	28
3.1.2 La neutralité dans l'accompagnement du bébé secoué et de sa famille.....	30
3.1.2 Le non-jugement dans la prise en charge des patients.....	32
3.1.3 Le travail émotionnel.....	35
3.1.4 La prévention du bébé secoué.....	37

3.2 Conclusion de l'analyse et retour sur les hypothèses.	38
CONCLUSION	40
BIBLIOGRAPHIE	
ANNEXES	

INTRODUCTION

Durant mes études d'infirmière et notamment durant mes stages en pédiatrie je me suis toujours demandé comment en tant que soignant peut on faire face à nos émotions ? Pouvons-nous prendre en charge efficacement un enfant lorsque la situation nous semble particulière et comment pouvons-nous l'accompagner dans ces cas-là.

Etant assez sensible il me semblait important d'analyser une situation qui m'a paru difficile à gérer afin d'acquérir des connaissances qui pourront m'aider dans ma future profession en tant que puéricultrice. C'est pourquoi j'ai décidé de diriger mon mémoire sur la maltraitance et plus particulièrement sur le syndrome du bébé secoué auquel j'ai été confronté en deuxième année d'étude infirmière.

Lors de mes recherches et lors de ma formation de puéricultrice j'ai pu remarquer que le syndrome du bébé secoué commence à être évoqué dans notre société avec la prévention de ce syndrome qui est de plus en plus répandu. J'ai également observé que les bébés secoués sont pris en charge dans divers services de pédiatrie comme les urgences, la réanimation pédiatrique, la neurochirurgie pédiatrique et la neuropédiatrie. Voulant travailler en pédiatrie, je me suis alors dit que je pourrais être confronté à ce type de situation et je me suis demandé comment pourrais-je accompagner ces bébés ainsi que leurs parents en tant que future puéricultrice.

Dans un premier temps, j'ai analysé une situation de stage qui m'a permis de me poser un questionnement puis dans un second temps, grâce à ce questionnement, j'ai réalisé des recherches sur la maltraitance, le bébé secoué, le cadre législatif et les services dans lesquels nous allons pouvoir réaliser nos enquêtes. J'ai ensuite travaillé sur l'accompagnement, les émotions et la maîtrise des émotions de la puéricultrice dans mon cadre conceptuel, ce qui m'a permis d'identifier ma question de recherche et poser 3 hypothèses. Puis, j'ai réalisé une enquête auprès de 4 professionnelles de santé afin de pouvoir analyser leurs propos et les mettre en lien avec mon cadre de référence. Cette analyse m'a permis de confirmer ou infirmer mes hypothèses et me projeter dans mon futur métier.

1^{ère} Partie : DE LA SITUATION D'APPEL A LA QUESTION DE DEPART

Lors de mon stage au choix de fin deuxième année infirmière je suis allée en neuropédiatrie au CHU de Lille.

C'était la première fois que j'allais en pédiatrie et je n'étais pas dans l'optique de faire puéricultrice, je voulais découvrir cette discipline. Mon stage ne durait que 3 semaines et demie. Les 3 premiers jours j'étais avec les auxiliaires de puériculture pour découvrir le service en globalité ainsi que les enfants présents, je faisais la toilette d'un petit garçon de 8 ans avec une encéphalopathie et suivais les auxiliaires pour les plus jeunes enfants. Je ne me sentais pas à l'aise avec les bébés.

Lors du 4^e jour les infirmières puéricultrices me proposent de suivre l'étudiante infirmière de 3^e année étant donné qu'elle était là depuis 9 semaines. Elle m'explique le service, le rôle de l'infirmière, les différentes pathologies et propose de me présenter les enfants qu'elle prend en charge afin que je comprenne mieux avec la prise en charge. On a commencé par une petite fille « I » avec une maladie neurodégénérative découverte dans le mois suite à 6 mois de recherche. Les parents étaient présents dans le service, ils m'ont mis à l'aise et m'ont expliqués la découverte de sa pathologie.

En sortant, Emilie l'étudiante infirmière me rassure en disant qu'il n'y a aucune question bête et que je peux lui faire part de mes questions et de mon ressenti puis me dit qu'on doit aller donner le bain d'E, qui est un cas assez particulier. Elle m'explique que « E est un bébé secoué de 5 mois qu'on a accueilli il y a 2 semaines, les parents ne sont pas présents car ils sont en procédure pour maltraitance, pour le moment le père dit qu'il a fait tomber son enfant sans faire exprès pendant que la maman était partie en course.

Malheureusement aux urgences on a découvert des fractures anciennes notamment au niveau des côtes et du fémur et sans hospitalisation connu ». Les parents ont le droit à une heure de visite par jour. On entre dans la chambre et elle me dit je vais te montrer comment le déshabiller et tu pourras le mettre dans son bain, je la regarde donc le déshabiller puis le positionner dans mes bras pour que je puisse le placer correctement dans son bain.

J'appréhendais et je ne me sentais pas du tout à l'aise car c'était la première fois que je prenais en charge un bébé, je ne savais pas comment le manipuler, de plus j'avais peur de lui faire mal du fait de ses traumatismes même s'il ne réagissait pas.

Je me suis alors demandé « Est-ce normal pour un bébé de son âge de ne pas réagir, est-ce à cause de ses traumatismes ? ». Je me disais que les autres bébés pleurent, font des bruits, bougent quand on les prend à bras mais pas lui et ça me perturbait d'autant plus dans ma prise en charge. Emilie a vu que je n'étais pas à l'aise et m'a dit qu'elle allait continuer les soins. Je vois une forme sur le haut de son crâne je lui demande si c'est une veine et elle me répond que c'est un drain pour son hématome sous dural et que dû à cet hématome sa vue est floue et on ne sait pas si ça va se résorber.

J'étais choquée de rencontrer un cas comme celui-ci, d'être face à un enfant maltraité. Je n'étais pas à l'aise avec la situation et encore moins pour réaliser ses soins, j'avais peur de lui faire mal et qu'il ne réagisse pas, il ne pleurerait jamais, je ne savais pas comment lui donner le biberon ni quand. Emilie m'a rassuré et m'a dit que je devrais peut-être prendre en charge des enfants plus grands et avec une autre histoire de vie pour commencer la pédiatrie.

Les jours suivants Emilie n'était plus en stage, j'évitais donc de m'occuper d'E et je prenais en charge des enfants plus âgés, l'équipe ne voyait pas d'inconvénient étant donné que j'étais en 2^e année d'infirmière. Cependant j'ai pu observer le comportement des parents et de l'équipe face à cette situation. Les parents avaient le droit à une heure de visite par jour mais ne venaient pas tous les jours car ils habitaient loin. J'ai appris en écoutant l'équipe lors des transmissions, car ils ne m'en parlaient jamais directement, que le père avait avoué secouer le bébé car il n'arrivait pas à le calmer mais affirme que la mère n'était pas là.

Dans la journée les parents étaient venus rendre visite à E et la mère était proche du père elle avait sa tête posée sur son épaule dans la chambre et ils étaient repartis main dans la main. J'étais confuse vis-à-vis du comportement de la mère, je me disais « comment elle peut ne pas être en colère, comment ils arrivent à aussi bien le vivre ? » J'éprouvais une forme de dégoût envers le père, j'étais déconcertée en voyant le comportement de la mère mais je culpabilisais aussi de juger sans vraiment connaître l'histoire en entier et je ne pouvais pas en parler au soignant, en tout cas je ne l'osais pas. J'entendais que c'était difficile pour certaines professionnelles de l'équipe de prendre en charge E quand les parents étaient présents car elles devaient rester neutres. Je n'ai jamais parlé avec l'équipe de cette situation et je ne m'occupais jamais de E.

Situation 2 :

Lors de mon dernier stage de 3^e année je suis allée aux urgences pédiatriques du CHU de LILLE d'une durée de 4 semaines. Etant en période Covid nous n'avions pas beaucoup de patient et j'ai pu finir mon stage par 5 nuits avec la même équipe. Ces 5 nuits étaient coupées en 2 : 2 nuits, 3 repos, 3 nuits.

J'arrive dans le service pour commencer ma nuit avec le reste de l'équipe, avec laquelle j'avais déjà réalisé 2 nuits et ils m'avaient bien intégré à l'équipe. Les transmissions se finissent avec l'histoire de « A » une fille de 14 ans venue aux urgences pour douleurs abdominales, prises de toxiques et idées noires suite aux viols de son oncle. On attendait une place en pédopsychiatrie pour la transférer au plus vite. Elle avait fumé du cannabis et bu de la vodka.

Lors du premier tour « A » était endormie dans son lit avec des courbes constantes, elles étaient scopés en continu. A la fin de notre tour la puéricultrice me dit que si cette situation était trop pesante pour moi il fallait en faire part à l'équipe. Puis dans la soirée l'équipe a parlé de « A », certaines disaient être écœurées et qu'elles avaient peine pour elle et m'ont dit que cela sera une grosse prise en charge psychiatrique qu'elles espéraient que « A » arrive à surmonter ce traumatisme et m'ont demandé si j'avais déjà fait face à un enfant maltraité et je leur ai expliqué ma situation 1.

Ils m'ont raconté qu'il y avait plusieurs types de maltraitance et ont chacun raconté des expériences qu'ils ont pu vivre lors de leur carrière. La plus ancienne puéricultrice, celle avec qui je tournais, m'a informé sur les différents types de maltraitance et m'a dit que c'était important de se soutenir dans une équipe face à ce type de situation, que lorsque nos émotions prennent le dessus il fallait en parler et si c'est vraiment trop difficile passer la main à une collègue.

On a pu échanger pendant la prise en charge de « A » durant 2 nuits, j'ai pu lire les comptes rendus de la journée et bien que cette situation soit aussi anormale que ma première situation je me sentais moins confuse. Je faisais face à la situation et je me suis occupée de A en collaboration avec la puéricultrice les nuits où elle était présente. J'étais choquée et j'ai eu de la peine pour « A » mais je me sentais capable de faire face à cette situation sans trop savoir pourquoi.

Lors de mon stage deuxième stage en tant qu'étudiante puéricultrice en PMI j'ai pu remarquer que les puéricultrices avaient une autre approche de la maltraitance, elles connaissent les procédures à suivre, les personnes à contacter, déceler si un enfant est à risque et donc mettre en place des actions en prévention d'une maltraitance. Cependant les émotions étaient différentes en fonction des puéricultrices et chacune avait plus ou moins des facilités ou difficultés à gérer la situation en fonction de l'âge des enfants et du type de maltraitance subit. J'ai pu observer qu'en PMI il n'y avait pas que du personnel médical, et les puéricultrices travaillaient souvent avec le SSD et l'ASE pour intervenir auprès des familles afin que chacun expose son point de vue.

A la suite plusieurs questionnement me sont venus : Comment en tant que puéricultrice devons-nous faire face aux différents types de maltraitance infantile ? Comment gérer nos émotions face à la maltraitance ? Doit-on mettre ses émotions de côté pour une prise en charge efficace ? En quoi l'expérience de la puéricultrice peut jouer sur la prise en charge d'un enfant maltraité ? Est-il important d'avoir un avis pluridisciplinaire sur une situation de maltraitance ? Va-t-il influencer notre façon d'agir lors de la prise en charge d'un enfant maltraité ?

Le sujet qui m'a le plus interpellé concerne la puéricultrice face à de la maltraitance en milieu hospitalier et la place des émotions.

Lors de mes recherches je me suis rendu compte que j'avais des connaissances sur la répercussion d'une maltraitance physique type inceste, viol, attouchement chez un adolescent et sur le personnel soignant notamment grâce à l'équipe des urgences pédiatrique qui m'avait fait parts de leurs expériences, de leurs émotions et de leur façon de prendre en charge ce type de situation. J'ai également travaillé plusieurs fois en pédopsychiatrie en tant qu'infirmière intérimaire où deux adolescentes du service avaient subis ce type de maltraitance. J'ai aussi travaillé avec une infirmière de pédopsychiatrie d'un autre établissement et échanger sur la maltraitance des adolescents et de sa répercussion.

Cependant je n'ai pas ou peu de connaissance sur le bébé secoué qui est aussi une maltraitance physique, j'ai plus d'interrogations sur les séquelles causé ? comment communiquer en tant que soignant avec le bébé et les parents ? quel est la place des émotions des soignants face à ce type de situation ? Nos émotions entravent -t-elle la prise en charge d'un bébé secoué, dans quel sens ?

J'en viens donc à ma question de départ :

Comment la puéricultrice peut-elle prendre en soin un bébé secoué et sa famille en milieu hospitalier ?

2^{ème} Partie : CADRE THEORIQUE

1.Cadre contextuel

1.1 La puéricultrice

D'après l'ONISEP : « *la puéricultrice est une infirmière spécialisée dans les soins médicaux apportés aux bébés et aux enfants. Elle joue également un rôle de prévention, d'éducation et de conseil auprès des parents.* »¹

La puéricultrice dispense de connaissances spécifiques sur le développement de l'enfant, de la naissance à l'adolescence, qui lui permettent de prendre en soin celui-ci. Ces compétences sont reconnues par le code de santé publique.

« *Article R4311-13 : Les actes concernant les enfants de la naissance à l'adolescence, et en particulier ceux ci-dessous énumérés, sont dispensés en priorité par une infirmière titulaire du diplôme d'Etat de puéricultrice et l'infirmier ou l'infirmière en cours de formation préparant à ce diplôme :*

1° Suivi de l'enfant dans son développement et son milieu de vie ;

2° Surveillance du régime alimentaire du nourrisson ;

3° Prévention et dépistage précoce des inadaptations et des handicaps ;

4° Soins du nouveau-né en réanimation ;

5° Installation, surveillance et sortie du nouveau-né placé en incubateur ou sous photothérapie. »²

Elle aide dans le développement de l'enfant en faisant de la prévention, en maintenant sa santé et en prenant en compte sa famille (parents, fratries, aidants naturels).

L'infirmière a un programme allégé concernant la pédiatrie depuis la réforme de 2009, c'est pourquoi il est favorable de suivre la spécialisation d'infirmière puéricultrice qui se déroule sur 12 mois en alternant cours et stages afin d'acquérir des connaissances et de l'expérience auprès de l'enfant et de sa famille. Cependant certains concepts, comme le prendre en soin, restent sur

¹ ONISEP, fiche métier puéricultrice. Disponible sur https://www.onisep.fr/content/location/81117/version_longue

² France. Article R4311-13 du 08 août 2004 relative au code de la santé publique disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006913901/

de même base mais vont évoluer en fonction de nos expériences, ici notamment grâce à notre formation de puéricultrice qui va s'axer sur le prendre en soin de l'enfant.

La puéricultrice peut exercer en maternité, en néonatalogie, en pédiatrie mais également en milieu extra hospitalier comme en crèche ou en PMI. Je vais m'intéresser au service de pédiatrie à l'hôpital et notamment au service des urgences, de la réanimation pédiatrique et de la neuropédiatrie où sont, généralement, pris en charge les bébés secoués. Cependant je vais d'abord expliquer ce qu'est la maltraitance et le syndrome du bébé secoué pour mieux comprendre leur prise en charge hospitalière.

1.2. Syndrome du bébé secoué

Selon l'HAS « *Le syndrome du bébé secoué (SBS) est un sous-ensemble des traumatismes crâniens infligés ou traumatismes crâniens non accidentels (TCNA), dans lequel c'est le secouement, seul ou associé à un impact, qui provoque le traumatisme crânio-cérébral. Les secousses en cause sont toujours violentes, produites le plus souvent par une saisie manuelle du thorax du bébé sous les aisselles. Les décélérations brutales antéro-postérieures de la tête sont responsables d'un ballonnement du cerveau dans la boîte crânienne et de l'arrachement des veines ponts situées à la convexité.* ». ³

En France, plusieurs centaines de bébés sont victimes du syndrome de bébé secoué selon la santé publique France. Ces chiffres sont basés sur une étude d'enfants hospitalisés entre 2015 et 2017, en effet ce syndrome est encore difficile à déceler car certains bébés ne sont pas hospitalisés. Ils ont généralement moins de 1 an et majoritairement moins de 6 mois, les $\frac{3}{4}$ ont des séquelles graves et 1 bébé sur 10 décède. Souvent ils ont été plusieurs fois secoué avant le diagnostic et les séquelles sont de plus en plus graves en raison des lésions plus nombreuses et plus importantes.

Les symptômes surviennent immédiatement après le secouement et il est important de savoir les reconnaître afin d'intervenir le plus vite possible notamment sur les lésions avec atteinte neurologique qui sont les plus graves comme :

- Troubles de la conscience : malaise, trouble de la vigilance, somnolence
- Convulsions pouvant aller jusqu'à un mal convulsif

³ HAS. Syndrome du bébé secoué ou traumatisme crânien non accidentel par secouement [en ligne] mis en ligne le 29 septembre 2017 sur : https://www.has-sante.fr/jcms/c_2794425/fr/syndrome-du-bebe-secoue-ou-traumatisme-cranien-non-accidentel-par-secouement . Ligne 7 à 11.

- Hypotonie axiale ou hypertonie des membres
- Contact altéré avec le bébé, errance du regard
- Signes d'hypertension intracrânienne : vomissement, ralentissement psychomoteur, mydriase, bradycardie, troubles du rythme cardiaque, fontanelle bombante
- Dyspnée, pauses respiratoires

D'autres symptômes sont moins spécifiques comme de la pâleur, troubles de l'alimentation avec stagnation de la courbe, trouble du sommeil, comportement anormal : pleurs inconsolables, irritabilité, bébé inconfortable, douloureux. Ces symptômes font penser à une hypertension intracrânienne ou une anémie sévère donc les équipes ne pensent pas forcément au bébé secoué. C'est pourquoi lorsqu'on retrouve ces symptômes il faut ausculter le bébé afin de l'orienter vers des examens complémentaires à la recherche de lésions traumatiques comme des hématomes externes et internes notamment hématomes sous dural, hémorragie sous-arachnoïdienne avec ou non un œdème cérébral, hémorragies oculaires, fractures.

Lorsqu'on retrouve des hématomes sous duraux accompagnés plus ou moins d'hémorragies rétiniennes et des symptômes cités précédemment il faut immédiatement suspecter un secouement du bébé car une chute de moins d'1m50 ne peut provoquer ce type de lésions, il faudrait que le bébé ait subi un accident grave type accident de la voie publique cependant l'association d'hémorragie rétinienne et d'hématome sous dural ne serait pas présente.

Les conséquences du syndrome du bébé secoué sont variables selon l'intensité des secousses, la répétition de l'acte et la durée entre l'acte et la prise en charge avec le diagnostic posé de bébé secoué. Elles peuvent aller de séquelles neurologiques transitoire ou permanente à la mort. La prise en charge sera différente en fonction de l'état de l'enfant et des résultats d'examens. Pour les cas les plus graves allant jusqu'au coma ils sont emmenés directement en réanimation afin d'être intubés, ventilés pour permettre de traiter l'hypertension intracrânienne due à l'hématome sous dural.

L'hospitalisation est nécessaire pour faire le point sur la situation notamment en questionnant les parents et en mettant en place une enquête.

Quant aux parents, il est nécessaire, en cas de doute, de demander plusieurs fois ce qu'il s'est passé avec différents professionnels à différents moments pour voir si l'histoire est claire et que

les parents racontent la même histoire. Dans le cas où il y a un doute la notion de maltraitance entre dans le diagnostic.

1.2.1 La maltraitance

Il est important de rappeler la définition de maltraitance infantile « *La maltraitance de l'enfant s'entend de toutes les formes de mauvais traitements physiques et/ ou affectifs, de sévices sexuels, de négligence ou de traitement négligent, ou d'exploitation commerciale ou autre, entraînant un préjudice réel ou potentiel pour la santé de l'enfant, sa survie, son développement ou sa dignité dans le contexte d'une relation de responsabilité, de confiance ou de pouvoir.* »⁴ selon l'OMS

On comprend qu'il y a plusieurs types de maltraitance : la maltraitance physique, les violences psychologiques, sexuelles et les négligences. Ici je vais me centrer sur la maltraitance physique car le syndrome du bébé secoué fait partie de ce type de maltraitance.

La maltraitance physique se définit « *par l'usage de la force ou de la violence contre un enfant, de telle sorte qu'il soit blessé ou risque de l'être : frapper (avec la main, avec le poing, avec le pied, avec un objet...), mordre, brûler, empoisonner, droguer ou inciter à consommer des substances dangereuses (alcool, tabac, stupéfiants...), étouffer, étrangler, secouer, bousculer, noyer...* ».⁵

Dans le cas du bébé secoué, ce sont les secousses, répétitifs ou isolés, fait par un adulte qui provoquent les lésions citées précédemment à l'enfant. Il y a donc bien une atteinte physique (secousse) qui provoque des lésions internes (hématome sous dural, hémorragies rétiniennes...) entraînant généralement des séquelles neurologiques qui suivront l'enfant à vie.

On comprend que ce type de maltraitance est souvent irréversible et qu'il y a une atteinte au développement de l'enfant causé par un adulte responsable de celui-ci. D'après l'HAS, ce sont souvent les hommes adultes, qu'il soit le père ou le compagnon de la mère, qui est l'auteur des faits mais également le/la gardien(ne) de l'enfant puis la mère. ⁶

⁴ France. Ministère des solidarités et de la santé. *Qu'est-ce que la maltraitance faite aux enfants ?* [en ligne]. Mis en ligne le 06/11/2018 (consulté le 05/03/2022.). Disponible sur : <https://solidarites-sante.gouv.fr/affaires-sociales/familles-enfance/protection-de-l-enfance-10740/proteger-les-enfants-face-aux-differentes-formes-de-maltraitements/article/qu-est-ce-que-la-maltraitance-faite-aux-enfants>

⁵ Ibid

La maltraitance induite à l'enfant peut être faite en pleine conscience, en sachant ce qu'elle provoque à l'enfant et avec l'intention de lui faire du mal, ou à l'inverse elle peut être induite, par dépassement, ne sachant pas comment réagir face à l'enfant par manque de connaissances.

Selon l'HAS, ce type de maltraitance est généralement due à la prématurité, la séparation mère enfant en période néonatale, à une grossesse multiple, rapprochée ou non désirée, à des pleurs inconsolables, à des troubles du sommeil du bébé avec des difficultés à acquérir un rythme de sommeil ou à des interventions antérieures des services sociaux. On remarque que les principaux facteurs de risques du syndrome du bébé secoué sont liés à un manque de connaissances des besoins du bébé mais aussi à une surcharge émotionnelle de la part de l'adulte, ce dernier n'a peut-être pas eu d'informations sur le développement de l'enfant et ses besoins, il n'est peut-être pas entouré pour l'aider à prendre en charge l'enfant ou il ne sait pas comment faire face à ces changements de la vie quotidienne.

Cependant, il est important que l'on garde en tête que les secousses ont été volontaires et qu'elles peuvent se reproduire si l'adulte n'est pas mis en garde et informé lors du diagnostic. En effet, dès qu'il y a suspicion du syndrome du bébé secoué, l'enfant est hospitalisé ainsi que son jumeau, si c'est le cas. En première intention pour réaliser des examens complémentaires, prodiguer les soins nécessaires à l'enfant et le protéger d'une éventuelle récurrence de maltraitance et en deuxième intention pour permettre de mettre en place une enquête et informer les parents de la situation.

La suspicion ou le diagnostic est souvent posé aux urgences et en réanimation pédiatrique où selon les lésions, l'enfant est conduit au bloc opératoire, si nécessaire, puis en service de neurologie pédiatrique.

1.2.2 Les services

La puéricultrice peut être amenée à prendre en charge un bébé secoué et sa famille dans plusieurs services dont les urgences, la réanimation pédiatrique et la neuropédiatrie. Du point de vue technique, sa prise en charge sera différente selon l'état général du bébé, de la gravité

⁶ HAS, recommandation de bonne pratique, Syndrome du bébé secoué ou traumatisme crânien non accidentel par secouement. Mis en ligne en juillet 2017. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-09/reco239_recommandations_syndrome_bebe_secoue.pdf. Page 7

des lésions et de l'avancement clinique de ce dernier. Je vais donc détailler les services précédemment cités et le rôle de la puéricultrice dans chacun d'eux.

Les services d'urgences pédiatriques et de réanimation pédiatriques accueillent les enfants de 0 à 15 ans, 7j/7 et 24h/24. Selon la gravité de l'altération de l'état générale de l'enfant ainsi que de ses fonctions vitales, il sera amené aux urgences ou en réanimation via les parents ou le SMUR (lorsque la situation est d'une urgence vitale).

La plupart des caractéristiques de l'infirmière puéricultrice travaillant aux urgences et en réanimation pédiatriques sont semblables. Savoir réfléchir rapidement pour évaluer la situation afin d'agir en conséquence, elles ont toutes les deux connaissances des protocoles spécifiques aux services en fonction de l'état de l'enfant et de ses paramètres vitaux, elles sont formées aux gestes d'urgences et y sont régulièrement confrontées. Elles travaillent beaucoup en pluridisciplinarité avec les auxiliaires de puéricultures et les médecins/ pédiatre urgentistes.

*« La neuropédiatrie est une partie de la médecine destinée à l'enfant, qui s'intéresse au fonctionnement du cerveau, cervelet, moelle épinière et nerfs de l'enfant, leurs explorations, leurs maladies et leurs traitements. »*⁷ Selon la république française. L'enfant arrive donc dans le service de neuropédiatrie à la suite d'un passage aux urgences ou en réanimation lorsque le diagnostic a été posé et que l'hématome sous dural a été pris en charge. La puéricultrice va réaliser des soins de suite en fonction des séquelles neurologiques de l'enfant.

Dans les différents services il y a d'abord la suspicion du syndrome du bébé secoué puis la confirmation du diagnostic.

C'est un travail pluridisciplinaire lorsqu'il y a un doute *« le partage des données entre professionnels favoriseront le repérage de ce syndrome »*⁸ ainsi la puéricultrice, les professionnels médicaux et paramédicaux devront *« Réunir les éléments permettant de conforter l'hypothèse ; protéger l'enfant ; signaler la situation aux autorités judiciaires »*⁹.

L'hospitalisation est nécessaire dans ce type de cas afin de mettre en place une enquête tout en gardant l'enfant dans un lieu sécurisant. Pour permettre cela des lois et des procédures ont été votés.

⁷ République Française. Disponible sur : <https://www.sante.fr/neuropediatrie>

⁸ ROUX-DEMARE, FRANCOIS-XAVIER. Le syndrome du bébé secoué. Fondation Varenne. 20 février 2018. 146p. (Colloques Essais) P.64 l.34

⁹ SEBASTIEN COLSON, JAQUELINE GASSIER, COLETTE DE SAINT-SAUVEUR. Le guide de la puéricultrice. 5e édition. Elsevier Masson : 2019. 1280p . P.667

1.2.3 Législation

Nous savons qu'en tant que professionnel de santé nous sommes tenus au secret professionnel sauf pour les cas de suspicion de maltraitance ou de maltraitance avéré, en effet selon la loi du 2 janvier 2004 puis celle du 5 mars 2007 le secret professionnel n'est pas applicable « *Au médecin qui, avec l'accord de la victime, porte à la connaissance du procureur de la République les sévices ou privations qu'il a constatés, sur le plan physique ou psychique, dans l'exercice de sa profession et qui lui permettent de présumer que des violences physiques, psychiques ou sexuelles de toutes natures ont été commises.* »¹⁰ mais également « *Lorsque la victime est un mineur ou une personne qui n'est pas en mesure de se protéger, son accord n'est pas nécessaire.* »¹¹.

Il est aussi dit, dans la loi du 5 mars 2007, que le partage d'information reste néanmoins encadré avec quatre conditions :

« • *Le partage se fait exclusivement entre des personnes participantes ou apportant leurs concours à la même mission de protection de l'enfance (service de l'aide sociale à l'enfance, de la PMI, service hospitalier, association habilitée...).*

• *Il doit avoir pour objectif d'évaluer une situation individuelle, déterminer et mettre en œuvre des actions de protection et d'aide.*

• *Il doit être limité aux informations strictement nécessaires à ce qu'implique la mission de protection.*

• *La personne qui souhaite partager une information doit en informer au préalable les représentants légaux, sauf intérêt contraire de l'enfant.* »¹²

Nous comprenons que lors des situations de suspicion ou de maltraitance avéré, nous avons le droit de partager des informations préoccupantes avec nos collègues, ou avec du personnel ayant des compétences pour intervenir et nous aider à évaluer la situation.

En cas de maltraitance ou à risque de l'être, le professionnel peut s'adresser soit à la CRIP (cellule de recueil des informations préoccupantes), qui fait partie de l'autorité

¹⁰ SOPHIE DECIS, FARAH HATEM, LAURE BRUNEL et al. Agir contre la maltraitance, Guide juridique à l'usage des professionnels de l'enfance. Enfance et Partage – Septembre 2014. Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/2014_guide_juridique_agir_contre_la_maltraitance_leger_1_.pdf p.20

¹¹ Ibid.

¹² Op-cit. p.22

administrative dans le cas où il y a une suspicion non évaluée, pré-évaluée ou impossible à évaluer, ainsi la CRIP va aider les professionnels en les informant et les conseillant, ils vont recueillir toutes les informations préoccupantes afin de les évaluer et les traiter.

Selon le guide juridique *Agir contre la maltraitance* « Une information préoccupante désigne tout élément d'information y compris médical susceptible de laisser craindre qu'un enfant se trouve en situation de danger ou en risque de danger, qu'il puisse avoir besoin d'aide. »¹³ Les CRIP travaillent avec tous les professionnels, elles sont l'interface avec les services du département et des tribunaux et sont également en lien direct avec le 119 ainsi elles peuvent recueillir toutes les informations préoccupantes dans un même lieu. Il y aura ensuite une décision avec protection administrative ou classer sans suite.

En cas de situation d'extrême gravité qui nécessite une protection judiciaire sans délai, les professionnels doivent avoir recours au signalement, soit à l'autorité judiciaire, qui est adressé au procureur de la République du Tribunal de Grande Instance du lieu des faits. Le procureur de la République est le seul compétent pour décider d'une ordonnance de placement provisoire de l'enfant.

Cependant le signalement doit respecter des règles pour être reçu et doit être rédigé de façon neutre et objectif. « Les renseignements à faire figurer dans la transmission écrite sont les suivants :

- *L'identité du signalant, sa situation, son service le cas échéant*
- *La façon dont l'informateur a eu connaissance des faits et son lien avec la victime, L'identité de l'enfant concerné : nom, prénom, date et lieu de naissance, adresse, établissement scolaire...*
- *L'identité et l'adresse de chaque parent ou titulaire de l'autorité parentale*
- *L'énoncé des faits motivant la transmission de l'information »*¹⁴

Il est aussi dit que nous devons informer les parents du signalement et des informations préoccupantes que nous avons transmis aux institutions puisqu'ils seront interrogés et participeront à l'enquête sauf si le fait de les informer est contraire à l'intérêt de l'enfant.

¹³ Op-cit. p20

¹⁴ Op.cit. p.28

On comprend qu'il est nécessaire de prendre en charge l'enfant dans sa globalité ainsi que sa famille. Certaines règles judiciaires et administratives doivent être respectés pour une prise en charge d'un bébé secoué. Cependant, quand est-il de l'accompagnement lors ce type de situation ?

2. Cadre conceptuel

2.1 La prise en charge du bébé secoué et de sa famille.

Dans cette partie nous allons développer l'accompagnement du bébé secoué et de sa famille par la puéricultrice. Pour commencer il me semble important de définir la prise en soin pour arriver à l'accompagnement.

2.1.1 La prise en soin

Selon W. Hesbeen « prendre soin » c'est « *cette attention particulière que l'on va porter à une personne vivant une situation particulière en vue de lui venir en aide, de contribuer à son bien-être, de promouvoir sa santé* »¹⁵ En pédiatrie, cette notion de prendre en soin comprend également la famille présente, en effet celle-ci est responsable du bébé secoué et vis aussi une situation particulière. Il est alors important, en tant que professionnels, de ne pas mettre à l'écart celle-ci afin de comprendre la situation et de pouvoir palier au bien-être de l'enfant.

W. Heesbeen dit également que « *Le prendre soin* » ne réside pas dans la qualité d'une relation ou d'un « savoir être », mais bien dans la considération que l'on a pour l'autre, (...) une pratique qui pourra être qualifiée de soignante car perçue comme aidante, bienfaisante, respectueuse et porteuse de sens ». Nous comprenons qu'il est nécessaire d'être dans le respect et la bienveillance pour considérer la personne mais aussi son entourage, dans notre cas, afin d'être dans une pratique porteuse de sens.

Dans le prendre soin c'est le soin au singulier qui prime, selon W. Hesbeen « *le soin* » révèle de l'attention » et « désigne le fait d'être attentif à quelqu'un ou à quelque chose pour s'occuper de son bien-être ou de son état, de son bon fonctionnement »¹⁶ Ici, il est juste d'être

¹⁵ HESBEEN WALTER. *Prendre soin à l'hôpital : inscrire le soin infirmier dans une perspective soignante.* Paris :

Masson, 1997.208p. p.8

¹⁶ARSLAN SELI, HESBEEN WALTER. *Soin(s), Perspectives éthiques : Des pratiques de soins au prendre soin.* Seli Arslan. 2015. 186p. p.73

attentif au comportement de l'enfant et des parents afin de les accompagner au mieux pour palier au bien-être de l'enfant suspecté de maltraitance.

Dans le prendre en soin la notion d'accompagnement entre en jeux et en pédiatrie nous devons accompagner l'enfant et sa famille. Cependant, dans notre situation, comment la puéricultrice peut-elle les accompagner dans un contexte où l'enfant est victime et la famille suspecte tout en restant respectueuse, bienveillante et dans le non-jugement.

2.1.2 L'accompagnement

L'accompagnement est défini comme « *Se joindre à quelqu'un pour aller où il va, en même temps que lui. Conduire, escorter, guider, mener.* »¹⁷. L'accompagnement n'est pas le fait de choisir pour la personne malade mais bien de le guider, de l'encourager au changement.

En tant que soignant l'accompagnement est présent dans chaque prise en charge afin qu'il y ai une relation de soin, une interaction et une confiance entre le soignant et le soigné. En effet « *L'accompagnement est également une posture, une attitude ; il s'agit d'une démarche d'ouverture et d'attention à l'autre pour nouer une relation de confiance, mais aussi une attention à soi : en prenant conscience de sa posture, en ajustant ce que l'on fait à ce que l'on dit.* »¹⁸.

Je peux ajouter que durant nos études d'infirmière, nous apprenons que l'accompagnement conduit à la réflexivité, autant sur la pensée, les idées et le parcours du soigné que sur le notre ce qui va permettre l'interaction et l'adaptation à la situation.

En pédiatrie, nous devons accompagner l'enfant et les parents, or, comme dans notre cas, l'accompagnement peut devenir difficile car nous sommes face à un enfant victime de maltraitance et les parents suspects. Notre posture éthique et réflexive est mise à l'épreuve, nous devons rester professionnel, respectueux, bienveillant et neutre.

Il faut accompagner les parents, venus hospitaliser leur enfant qui est en danger, mais qui sont également confrontés à l'annonce du médecin et de l'assistante sociale de la suspicion de

¹⁷ Cairn.Info. Anne-Marie Mottaz. Les concepts en sciences infirmières : Accompagnement. [en ligne]. Mis en ligne le 04/01/2016. Pages 42 à 43. Consulté en mars 2022. Disponible sur : <https://www-cairn-info.ezproxy.univ-catholille.fr/concepts-en-sciences-infirmieres-2eme-edition--9782953331134-page-42.htm>

¹⁸ Anaïs Lépineau, Claire Guyon, Capucine Nègre et al. L'accompagnement, une alliance à construire. Métiers de la petite enfance [en ligne], juin 2015 (vol.21), n°222. p.20-22. (Consulté en mars 2022). Disponible sur : <https://www-em-premium-com.ezproxy.univ-catholille.fr/article/983585/resultatrecherche/4>

maltraitance ainsi que l'obligation, après concertation de l'équipe pluridisciplinaire, d'établir un signalement judiciaire auprès du parquet des mineurs.

« *C'est dès le diagnostic de mauvais traitements communiqués aux parents que les difficultés psychologiques de la famille, les retentissements des mesures proposées ou imposées doivent être l'objet d'une particulière vigilance* »¹⁹ En effet, comme nous avons vu précédemment, il faut une certaine réflexion et donc être attentif à ce qu'il se passe dans un moment donné. Dans notre situation il est important de mettre en confiance les parents pour pouvoir les accompagner et « *les premiers contacts avec les parents et l'enfant conditionneront l'adhésion de la famille à la prise en charge.* »²⁰.

Cependant cet accompagnement peut être difficile à mettre en place, d'une part pour les parents qui peuvent se sentir trahi, persécuté : « *Indépendamment de l'implication réelle du parent dans le geste de secouement, ce dernier perçoit le regard de l'Autre – soignant – tel un tiers persécuteur, intrusif et malveillant, en quête d'éléments confirmant l'hypothèse de maltraitance.* »²¹ .

Les parents peuvent avoir un comportement qui n'est pas naturel et spontané puisqu'ils se sentent observé, jugé dans leur rôle de parents d'autant plus en présence des soignants et ce comportement peut amener les soignants à confirmer la suspicion de maltraitance ou à s'interroger d'autant plus sur le comportement du parent vis-à-vis de leur enfant.

D'une autre part le soignant est divisé, tantôt par son devoir de protection de l'enfance tantôt par les parents suspectés de maltraitance tout en essayant de rester dans une position neutre. Dans le cas du bébé secoué, « *La question de l'intentionnalité malveillante s'avère fastidieuse à déterminer et doit, dans la majorité des cas, faire l'objet d'une enquête policière.* »²²

L'équipe doit donc accompagner cet enfant victime de maltraitance en danger de mort ou d'handicap lourd. Par la suite il faut trouver le type de maltraitance, est-ce une maltraitance par épuisement, par méconnaissance des conséquences, intentionnelle ? Et c'est pourquoi le

¹⁹ Michelle Rouyer. Prise en charge de l'enfant maltraité et de sa famille. In Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Sous la direction de Serge Lebovici, René Diatkine, Michel Soulé. Presse universitaire de France, 2004. P 2383 à 2388. Mis en ligne le 07/07/2014. Disponible sur : <https://www-cairn-info.ezproxy.univ-catholille.fr/nouveau-traite-de-psychiatrie-de-l-enfant-et-de-l--9782130545576-page-2383.htm?contenu=article>

²⁰ Ibid

²¹ Gaëlle Le Ficher, Aurélia Diaz. Syndrome du bébé secoué et soins palliatifs. Accompagnement psychologique des parents autour de l'enfant maltraité réanimé. In Soins palliatifs en pédiatrie. Sous la direction de Alessia Perifano. Erès, 2019. P77 à 91. Mis en ligne le 13/11/2019. Disponible sur : <https://www-cairn-info.ezproxy.univ-catholille.fr/soins-palliatifs-en-pediatrie--9782749264981-page-77.htm?contenu=bibliographie> . Paragraphe 21

²² Op-cit.

soignant se trouve dans une situation délicate où « *Balançant entre la nécessité d'accompagner le bébé et ses parents, et l'exigence de rendre compte aux autorités compétentes de l'origine traumatique des blessures, le soignant se trouve aux prises avec des identifications parfois antagonistes, déposées tantôt sur la personne du bébé, tantôt sur celle du parent.* »²³.

L'accompagnement confronte alors les valeurs des soignants, leurs désirs de protéger ce bébé, de comprendre ce qu'il s'est passé, tout en gérant leurs émotions pour rester neutre. En effet « *le refuge derrière un discours et une prise en charge qui se réclameraient d'une certaine objectivité s'accompagne de conduites d'évitement, signant la tentative pour le soignant de préserver la nécessité d'une neutralité bienveillante.* »²⁴

Nous en venons alors à conclure que l'accompagnement, dans une situation particulière, peut être vécu difficilement par la famille mais également par les soignants qui essaient de rester dans une « neutralité bienveillante ». Cependant quand est-il de leurs émotions face à un bébé secoué et sa famille.

2.2 Les émotions de la puéricultrice

Il me semble important d'évoquer les émotions des soignants vis-à-vis de la complexité de leur posture dans l'accompagnement.

2.2.1 Définition

Le dictionnaire Larousse décrit l'émotion comme « *un trouble subit, agitation passagère causés par un sentiments vif de peur, de surprise, de joie, etc* »²⁵ mais également comme « *une réaction affective transitoire d'assez grande intensité, habituellement provoquée par une stimulation venue de l'environnement.* »²⁶

Selon Jacky Merklings, dans les fondements de la relation de soin, les émotions sont des ensembles de réponses chimiques et hormonal qui permettent d'envoyer une information, un signal à l'organisme pour qu'il se régule et construise des réponses adaptées. Ces réponses sont perçues par autrui et notre comportement est lié à nos émotions, cependant elles ne sont pas

²³ Op-cit. Paragraphe 28

²⁴ Op-cit. Paragraphe 30

²⁵ Larousse. Emotion. Consulté en avril 2022. Disponible sur : <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/%c3%a9motion/28829>

²⁶ ibid

toujours appropriées à la situation. En effet « *parfois, l'émotion est si forte qu'elle submerge mes capacités de penser. Dans ce cas, les mots ne viennent pas [...] et je suis emporté par un comportement directement régi par l'émotion.* »²⁷ .

Nous comprenons que les émotions sont des réactions liées à l'environnement qui provoque un déséquilibre de notre organisme, se traduisant par un comportement qui peut être perçu par autrui notamment lorsque celles-ci sont trop intenses pour être régulées.

« *L'identification, par empathie, des émotions de l'autre impose au soignant de s'intéresser aussi à ses propres émotions dans la situation* »²⁸. La notion d'empathie est souvent citée lorsque nous parlons des émotions, notamment lors de l'accompagnement des soignés, il serait donc préférable de nous rappeler cette notion.

2.2.2 L'empathie

Dans l'article de Catherine Vernay l'empathie est définie comme « *la capacité de se mettre à la place de l'autre en étant d'abord apte à ressentir ce qu'il ressent, par contagion émotionnelle [...] puis, dans un second temps, à se représenter ce qu'il vit et ce qu'il pense, dans l'expérience vécue ou rapportée [...] tout en régulant ses propres réactions émotionnelles pour rester neutre dans l'interaction.* »²⁹

Nous comprenons que la notion d'empathie est liée directement aux émotions du soigné et du soignant et encore une fois la neutralité entre en compte. Catherine Vernay ajoute qu'il faut différencier l'empathie émotionnelle c'est-à-dire « *l'aptitude à ressentir les états affectifs d'autrui [...] de l'empathie cognitive, qui est la capacité à comprendre les états mentaux d'autrui* »³⁰ pour elle, l'empathie est le fait de ressentir mais également de penser.

Jacky Merklings ajoute que l'empathie émotionnelle se développe et va nous permettre d'acquérir une compétence de compréhension de ce que ressent l'Autre, de s'exercer à changer de perspective, et « *identifier les émotions de l'autre à partir des siennes propres* ».³¹ Nous

²⁷ JACKY MERKLING. *Les fondements de la relation de soin. Savoirs essentiels, outils à mobiliser et professionnalisation*. Seli Arslan, 2017. p.49

²⁸ Op-cit. p.161

²⁹ Catherine Vernay. L'empathie, un élément clé dans la relation de soin. Soins. [en ligne], avril 2018 (vol.63), n°824. P47-50. (consulté en mai 2022). Disponible sur : <https://www-em-premium-com.ezproxy.univ-catholille.fr/article/1209477/resultatrecherche/1>

³⁰ Ibid

³¹ JACKY MERKLING. *Les fondements de la relation de soin. Savoirs essentiels, outils à mobiliser et professionnalisation*. Seli Arslan, 2017. p.161

remarquons que l'empathie est une notion qui se travaille, qu'il est important de reconnaître et identifier ce que l'on ressent pour permettre une évolution de notre empathie.

De plus, pour l'auteur nous devons être conscient de ressentir une émotion afin « *de ne pas se laisser emporter par cette dernière sans s'en rendre compte ou de la nier* »³². Néanmoins dans l'accompagnement du bébé secoué et de sa famille, la puéricultrice est face à une situation singulière de suspicion ou de confirmation de maltraitance, une situation qui interroge cette dernière car la maltraitance est contraire à ses valeurs de soignante. Son empathie affective peut alors être contrainte et entraîner des sentiments négatifs, régité par diverses émotions elles-mêmes négatives.

Cependant, la prise de conscience de nos émotions n'est pas toujours évidente, les soignants peuvent se trouver en difficultés vis-à-vis de leur émotions négatives qui pourraient limiter leur empathie dans la prise en charge.

*« Ainsi, dans les situations de soins, les obstacles à l'empathie sont souvent liés au refus volontaire de se laisser impacter par l'autre à cause de ce qu'il provoque en soi. »*³³.

Nous comprenons que nos émotions peuvent exercer une influence sur notre comportement et sur notre empathie notamment lorsqu'elles sont négatives. C'est ce qu'on appelle des mécanismes de défenses. Elles permettent de trouver un compromis entre les tensions intrapsychiques et le monde extérieur, ils sont involontaires et inconscients. Ils surviennent lorsque nous sommes submergés par des émotions et des sentiments qui nous sont désagréables comme l'anxiété, l'angoisse et les affects négatifs, notamment en cas de surcharge mentale, de fatigue et de situation difficile sur le plan affectif. Ces mécanismes peuvent se manifester par de l'évitement, de la banalisation, de la dérision, de la fausse réassurance. Tous ces mécanismes se mettent en place lorsque le soignant est dans une situation particulière où ses émotions et son ressenti sont confronté à ses valeurs de soignants et à son désir de rester neutre et empathique. Il est donc nécessaire au soignant de savoir identifier et maîtriser ses émotions pour agir empathiquement.

³² Ibid

³³ Op-cit. p.111

2.2.3 La maîtrise des émotions.

La maîtrise des émotions « s'intègre dans un véritable travail émotionnel qui permet au soignant d'atteindre un niveau professionnel dans la relation thérapeutique, caractérisé par la neutralité »³⁴. En effet, comme nous avons pu le voir plus haut, nous cherchons à rester neutre même dans une situation complexe où diverses émotions peuvent nous heurter. D'après Catherine Mercadier le travail émotionnel se fait autant lorsque le moment est vécu qu'à distance de celui-ci, il peut se faire au sein de l'hôpital comme à l'extérieur, elle ajoute également que « toutes les facettes de la vie du soignant (professionnel mais aussi personnelle, familiale, sociale) peuvent être touchées par l'impact émotionnel de l'interaction avec le soigné et, à leur tour, contribuer à neutraliser, canaliser ce dernier »³⁵

« De nombreux témoignages de soignants nous ont montré l'importance que revêt la parole pour se libérer du poids des émotions éprouvées dans l'interaction avec les malades »³⁶

Nous voyons dans cette partie du livre de Catherine Mercadier que la parole joue un rôle important pour faire part de nos émotions que ce soit au travail ou à l'extérieur, que la personne à laquelle nous allons en parler diffère selon la personnalité du soignant, certains auront besoins d'en parler à leur proche en dehors du travail, certains avec un collègue et d'autre peu importe l'interlocuteur, l'important sera de pouvoir dire ses émotions, de se soulager d'une tension émotionnelles avec quelqu'un qui nous écoute et à qui nous pouvons faire confiance. Le fait de dire, écrire ou faire taire ses émotions contribuent à la maîtrise des émotions. « Elles sont ensuite rangées dans la mémoire, laquelle est réactivée par des situations similaires ».³⁷

Il nous est aussi dit que mettre des mots sur ce que l'on ressent et pouvoir les évacués est libérateur et que parfois cela peut se faire des années après une situation vécu péniblement. Ainsi « Parler de son vécu, des émotions éprouvées pendant les soins [...] soulage, allège, délivre la mémoire du soignant, évite qu'elle ne se remplisse et devienne envahissante, le jour comme la nuit. »³⁸

³⁴ CATHERINE MERCADIER. *Le travail émotionnel des soignants à l'hôpital. Le corps au cœur de l'interaction soignant-soigné*. 2e édition. Seli Arslan, 2020. p.205

³⁵ Ibid.

³⁶ Op.cit. p.238

³⁷ ibid

³⁸ Op-cit. p260

Les activités de loisirs peuvent également permettent aux soignants de se libérer l'esprit des tensions négatives et permettent de « *libérer pacifiquement les émotions* »³⁹ pour certains ça sera faire du sport, pour d'autre s'occuper de leur enfant.

De plus pour l'auteur Jacky Merklings il est important de comprendre ses émotions pour les maîtriser et « *Ce sont mes expériences et mon savoir professionnel (mon expérience) qui me permettent d'aller vers cette compréhension et de discriminer ce qui provient de l'autre et ce qui m'appartient en termes d'affects.* ».⁴⁰ Il ajoute également que c'est une « *compétence qui se développe sur la base d'une multitude d'expériences, réfléchies et enrichies par des savoirs idoines, c'est-à-dire objectifs, théoriques et cliniques.* »⁴¹ Nous pouvons dire que l'expérience de cet auteur a joué un rôle dans le discernement de ses émotions et ceux des autres.

Nous pouvons affirmer que la maîtrise des émotions se développe, se travaille et s'entretient tout au long de notre carrière et qu'elle est propre à chacun.

Certains auront plus de facilité à mettre en mots leurs émotions et à les évacuer tandis que d'autres les garderont pour eux, c'est pourquoi il est important, en tant que soignant, de discuter des situations, qui peuvent être vécu différemment, en équipe pluridisciplinaire.

Notamment, comme dans notre situation où l'équipe est face à de la maltraitance, une situation particulière qui ne se produit pas régulièrement et où toute l'équipe est impliquée.

3. Conclusion du cadre de référence

Tout au long de mes recherches, j'ai été amenée à étudier le syndrome du bébé secoué ainsi que l'accompagnement de celui-ci et de sa famille par la puéricultrice.

J'ai commencé par développer le syndrome du bébé secoué afin de reconnaître les symptômes et les circonstances dans lesquelles il peut avoir lieu ainsi que la procédure à suivre en cas de maltraitance.

J'ai ensuite développé le concept de prendre en soin et d'accompagnement, ce qui m'a amené à parler des émotions de la puéricultrice, lors de l'accompagnement du bébé secoué et de sa famille, mais aussi des stratégies de celle-ci pour permettre un accompagnement bienveillant.

³⁹ Op-cit. p.259

⁴⁰ JACKY MERKLING. *Les fondements de la relation de soin. Savoirs essentiels, outils à mobiliser et professionnalisation.* Seli Arslan, 2017 p.164

⁴¹ Ibid

C'est pourquoi ma question de recherche portera sur l'accompagnement du bébé secoué et de sa famille en milieu hospitalier. Je m'interrogerai davantage sur la façon dont la puéricultrice accompagne ces derniers dans un contexte de maltraitance, qui est une situation particulière et comme nous avons pu le voir où parfois il peut être difficile de rester dans une neutralité relationnelle vis-à-vis de nos principes et de nos émotions qui peuvent nous submerger.

Question de recherche :

Comment la puéricultrice accompagne-t-elle le bébé secoué et sa famille à l'hôpital ?

Hypothèses :

Hypothèses 1 : Connaitre ses limites permet l'accompagnement efficace du bébé secoué et de sa famille

Hypothèse 2 : Pouvoir travailler et parler en équipe pluridisciplinaire permet un accompagnement du bébé secoué et de sa famille.

Hypothèse 3 : L'expérience et le vécu de la puéricultrice permet d'améliorer l'accompagnement des bébés secoués

3^{ème} Partie : LA DEMARCHE D'ENQUETE

1. Méthodologie de l'enquête

Pour cette troisième partie, je vais poursuivre mon travail de recherche avec des enquêtes auprès de puéricultrices afin de compléter mon cadre théorique.

1.1 Le choix de l'outil :

Après avoir développé ma question de départ, mon cadre théorique et mes hypothèses, je souhaite réaliser des entretiens semi directifs.

Selon Geneviève Imbert dans « *L'entretien semi-directif : à la frontière de la santé publique et de l'anthropologie* » « *L'entretien semi-directif ou l'entrevue semi dirigée est une technique de collecte de données qui contribue au développement de connaissances favorisant des approches qualitatives et interprétatives.* »⁴². En effet l'entretien semi-directif va me permettre une analyse qualitative des réponses données en parallèle de mon cadre théorique. Pour cela je vais introduire mon sujet et guider les interviewé vers celui-ci en leur posant des questions ouvertes, qui auront été préparés au préalable (en annexe 1), afin qu'ils puissent me répondre librement et me raconter leur vécu ainsi que leurs expériences. Cette méthode me permet également d'introduire des questions de relance, si la question est incomprise mais aussi pour les recentrer sur le sujet.

1.2 Le choix de la population et du lieu

Afin de réaliser mes entretiens j'ai décidé d'interroger quatre puéricultrices dans deux services distincts qui accompagnent le bébé secoué et la famille à différent moment de la prise en charge. J'ai choisi d'interroger des puéricultrices afin de m'améliorer dans mon futur métier.

En effet, je vais m'entretenir avec deux puéricultrices de réanimation néonatale, lorsque le bébé secoué arrive dans le service, dans la plupart des cas, avec un pronostic vitale engagé et une suspicion de secousse qui peut être affirmé au cours de la prise en charge ainsi que deux puéricultrices de neuropédiatrie où sont réalisés les soins de suite liés aux séquelles des

⁴² Geneviève Imbert. *L'entretien semi-directif : à la frontière de la santé publique et de l'anthropologie*. In *Recherche en soins infirmiers*. [en ligne], 2010, n°102, p 23 à 34. (Consulté en mai 2022). Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2010-3-page-23.htm?contenu=article>

secousses. Ces entretiens vont permettre de voir les différents points de vue des puéricultrices sur l'accompagnement du bébé secoué à différents moments de la prise en charge et de l'avancement du diagnostic de maltraitance mais également leur vécu, leurs expériences et leurs émotions vis-à-vis de ces situations peu communes.

J'ai choisi d'interroger des puéricultrices avec des années d'expériences différentes afin d'analyser si celles-ci auraient un impact sur leur accompagnement et leur gestion des émotions face à une situation de maltraitance.

1.3 Les limites du projet d'enquête

J'avais fait le choix d'interroger des puéricultrices du même centre hospitalier pour me permettre d'avoir le déroulement de l'accompagnement du bébé secoué et de sa famille dans différents services du même établissement mais également pour la proximité géographique car il n'y a que deux réanimations pédiatriques dans les Haut-De-France. Cependant après plusieurs appels et mails en réanimation pédiatriques au CHU le plus proche de l'école, qui n'ont pas été concluants j'ai décidé de me rapprocher de la réanimation pédiatrique qui était plus loin. Le cadre du service m'a proposé de réaliser des entretiens par téléphone en raison de la distance qui nous sépare et du fait que l'équipe ne pourrait pas être présente à des heures précises en raison de la charge de travail.

Lors des entretiens semi-directifs il est nécessaire de rester neutre, et ne pas dévier sur des questions fermées, afin de ne pas influencer les réponses des puéricultrices.

2. Le déroulement de l'enquête

Avant de me rendre sur les lieux j'ai envoyé mon questionnaire aux cadres des services afin d'obtenir l'autorisation me permettant de réaliser l'enquête. J'ai également testé mon questionnaire sur une amie infirmière qui a réalisé un stage en neurochirurgie lors de ces études d'infirmière en amont pour m'assurer de la pertinence des questions.

J'ai réalisé mes deux premiers entretiens en neuropédiatrie, sur une durée de 10 minutes environ par enquête, qui se sont enchaînées. Les entretiens ont eu lieu dans une salle de consultation du service qui était fermée, avant leur tour de soin en fin d'après-midi. J'ai ensuite réalisé deux entretiens téléphoniques, la semaine suivante, avec des puéricultrices de

réanimation pédiatrique qui ont eux aussi durée environ 10 minutes mais à des moments différents de la journée. La première puéricultrice m'a appelé en milieu de matinée vers 10h30 et la seconde en début d'après-midi vers 13h45. Avant de commencer l'entretien je me suis présenté et j'ai demandé leur consentement pour enregistrer l'appel qu'elles ont toutes les deux acceptés.

2.1 La collecte des données.

J'ai effectué mes entretiens auprès de 3 puéricultrices et une infirmière ayant des années d'expériences différentes. L'infirmière est celle avec le plus d'expérience, elle est dans le service de neuropédiatrie depuis 31 ans et n'a fait que 18 mois chez l'adulte en début de carrière. Deux puéricultrices (n°1 et n°3) ont enchainé leur année de spécialisation après le diplôme d'infirmière et la puéricultrice n°2 a fait sa spécialisation 6 ans après son diplôme d'infirmière mais a toujours travaillé en pédiatrie.

Je vais reprendre dans un tableau les données ci-dessus

	Infirmière	Puéricultrice 1	Puéricultrice 2	Puéricultrice 3
Diplôme d'infirmière	1989	2018	2006	2015
Diplôme de puéricultrice	Pas de diplôme PDE	2019	2012	2016
Ancienneté dans le service	31 ans en neuropédiatrie	2 ans en neuropédiatrie	10 ans en réanimation pédiatrique	6 ans en réanimation pédiatrique
Expériences	18 mois chez l'adulte en début de carrière	Pneumo-pédiatrie et néonatalogie	5 services de pédiatries avant d'être puéricultrice	Réanimation pédiatrique

Ce tableau me permet de connaître le profil des soignantes interrogées et ainsi voir si l'expérience et le vécu sont des caractéristiques qui influent l'accompagnement du bébé secoué et sa famille.

J'ai retranscrit les enquêtes à l'écrit puis j'ai surligné les propos des soignantes de différentes couleurs afin de les regrouper dans plusieurs parties.

Ces entretiens m'ont donc permis d'obtenir des données qualitatives que je pourrais confronter avec mon cadre théorique afin d'analyser et exploiter les informations recueillies jusqu'à présent.

J'ai choisi de mettre en Annexe 2 la retranscription de la puéricultrice 2

2.2 Les limites de l'enquête

Lors de mes entretiens téléphoniques avec les cadres des services elles m'ont demandé si j'avais des critères sur le personnel à interroger et j'avais demandé à interroger que des puéricultrices et si possible avec des années d'expériences différentes.

En neuropédiatrie, j'ai eu une infirmière et une infirmière puéricultrice mais le critère des années d'expériences a été respecté puisque l'infirmière avait 31 ans d'expérience dans le service de neuropédiatrie et la puéricultrice 2 ans. La puéricultrice regardait souvent l'heure sur sa montre et parlait assez vite, et avant de commencer l'entretiens j'ai entendu qu'elle devait faire passer un antibiotique à 18h. Je suis arrivée juste avant leur dernier tour de soins et je pense qu'arriver plus tôt dans le service aurait été plus confortable pour elle.

Pour le service de réanimation pédiatrique, les entretiens se sont faits par téléphone car la cadre ne pouvait pas me donner une heure précise pour venir. J'ai du donné mon numéro de téléphone pour que les puéricultrices m'appellent dans la journée donc je ne savais pas quand elles allaient m'appeler. L'inconvénient des entretiens par téléphone c'est que je n'ai pas pu observer leur comportement. De plus la puéricultrice n°3 avait déjà lu mon guide d'entretien, que la cadre lui avait donné, cela a eu un impact sur l'entretien car elle anticipait mes questions et répondais parfois à plusieurs questions en même temps.

3. Analyse des données en lien avec le cadre théorique

3.1 L'accompagnement

Lors de mes entretiens, mes questions portées sur l'accompagnement du bébé secoué et sa famille ainsi que sur l'expérience des puéricultrices face à ce type de situations.

Pour commencer les quatre puéricultrices m'ont répondu qu'elles accompagnaient le bébé secoué comme les autres enfants et qu'elles prenaient également en compte les parents dans la prise en charge. La puéricultrice 2 me dit « *on accompagne aussi les parents dans la prise en charge* » en effet dans mon cadre théorique nous voyons qu'il est important de prendre en charge l'enfant et sa famille. « *En pédiatrie, cette notion de prendre en soin comprend également la famille présente [...] Il est alors important, en tant que professionnels, de ne pas mettre à l'écart celle-ci afin de comprendre la situation et de pouvoir palier au bien-être de l'enfant* ».

Je vais donc continuer à développer l'accompagnement de ces derniers en fonction des dires des puéricultrices. Elles m'ont toutes parlé de l'aspect législatif et de l'enquête judiciaire puis de la neutralité et du non-jugement lors de la prise en charge.

3.1.1 Législation

Dans le cadre théorique, nous avons vu qu'une enquête était mise en place lorsqu'un signalement est fait auprès de la CRIP ou directement au procureur. Je peux ajouter que c'est le procureur qui prend la décision d'une ordonnance de placement provisoire (OPP), de la mise à distance d'un ou des deux parents, du droit ou non de retrait de l'autorité parentale et les professionnels de santé, tels que la puéricultrice doivent s'en tenir à cette décision. Si le procureur autorise les parents à venir voir l'enfant alors le personnel soignant ne doit pas s'interposer.

L'infirmière nous dit « *on dépend essentiellement de tout ce qui est jugement. Pour euh ... soit les parents restent là soit il reste pas là c'est en fonction de la décision du juge ça c'est le juge qui décide* » La puéricultrice 1 ajoute que c'est le rôle des médecins d'alerter les autorités judiciaires et qu'il y a une médecin référente dans l'hôpital pour ces cas-là, qui vient annoncer le diagnostic du bébé secoué aux parents.

En effet dans le cours de Madame Moukagni sur la maltraitance infantile, nous voyons qu'il faut un certificat médical pour établir un signalement en milieu hospitalier et qu'un médecin légiste intervient sur réquisition de la police pour confirmer le diagnostic en établissant un rapport médical légal qui est remis aux autorités judiciaires. Nous voyons également qu'il faut un bilan médico-social et une évaluation multidisciplinaire en cas d'hospitalisation de l'enfant.

L'infirmière nous dit qu'il y a une « *intervention de l'assistante sociale et de tout ce qui est secteur social et euh... judiciaire* ». La puéricultrice 3 nous dit aussi que pour « *les cas de maltraitance on fait appel à toute l'équipe périnat parfois même l'assistante sociale et beaucoup le pédo psy* ». Et elle ajoute qu'il y a « *un vrai travail entre les médecins et les infirmières* » lorsqu'ils suspectent une maltraitance. Effectivement comme nous le voyons dans le cadre théorique et dans le livre « *le syndrome du bébé secoué* » il est important de travailler en équipe pluridisciplinaire pour les cas de maltraitance et notamment les bébés secoués, afin de repérer les signes et symptômes pouvant confirmer le syndrome et apporter des éléments à l'enquête judiciaire.

Nous pourrions apporter des éléments à l'enquête grâce aux données paramédicales et médicales réunies en amont mais également durant l'enquête. Le médecin réalisera plusieurs examens qui pourront aider à confirmer le diagnostic du bébé secoué. La puéricultrice 1 confirme en nous disant que l'enfant fait plusieurs examens afin de confirmer la suspicion de bébé secoué. Selon l'HAS dans les recommandations du syndrome du bébé secoué, les examens à effectuer sont une IRM et un scanner cérébral, un fond d'œil et un radio du squelette.

La puéricultrice 3 confirme en disant que l'on peut apporter des éléments « *Mais c'est pas à nous de faire l'enquête* ». Et l'infirmière nous dit « *on fait bien la part des choses entre tout ce qui est jugement et social et tout ce qui est pris en charge médicale et paramédicale* » et la puéricultrice 2 ajoute « *l'assistante sociale pour tout ce qui est euh... l'enquête... judiciaire et tout ça... l'enquête sociale comme ça ça permet aussi vraiment de... de voilà de faire la part des choses et tout mmh tout ce qui est social c'est elle qui gère et nous on gère vraiment le soin.* ». Nous comprenons donc que chacun a son rôle dans la prise en charge du bébé secoué et de sa famille mais que les différents professionnels sont complémentaires.

Pour ce qui est de l'OPP et des suites de l'enquête judiciaire, l'infirmière nous dit que selon la gravité « *ils sont placés et le temps que le... l'enquête judiciaire soit faite en fait l'enfant est placé souvent chez un...chez une assistante familiale ou un assistant familial pour mettre à l'abri l'enfant* » et nous explique, dans une situation qu'elle a vécu : « *décision judiciaire*

l'enfant était placé chez un assistant (cherche le mot) familial et elle est revenue donc en début de semaine en fait l'enfant était rendu aux parents puisque c'était la maman qui était là elle nous a dit non on l'a récupéré en fait elle est restée qu'un seul moi chez ce monsieur » et la puéricultrice 1 ajoute que « parfois on va avoir des enfants qui rentrent à domicile euh parce que voilà parfois l'enquête peut prendre plusieurs mois, qui rentrent à domicile et qui reviennent du coup en hôpital euh de jour dans le service où en hospitalisation programmé plusieurs jours qui viennent du coup refaire des examens de contrôle » .

En effet selon la décision judiciaire l'enfant sera placé ou non durant un temps déterminé ou indéterminé avec un suivi de l'assistance sociale et de l'ASE généralement et cette enquête peut aller très vite comme prendre plusieurs mois. Mais comme le dit l'infirmière, souvent les professionnels de santé n'ont pas le fin mot de l'histoire sauf si les enfants sont suivis en neuropédiatrie à la suite de séquelles neurologiques tels que l'épilepsie.

La puéricultrice 1, qui travaille également en neuropédiatrie nous dit que parfois les enfants reviennent pour des examens complémentaires ou pour polyhandicap due aux séquelles du secouement donc ça peut être des enfants qu'elles peuvent avoir en charge sur le long terme tandis qu'en réanimation nous n'avons pas la notion d'un suivi à long terme.

On voit également, selon si une OPP est faite, que les parents ont le droit ou non de rester auprès de leur enfant dans le service et donc la prise en charge sera différente puisque si les parents n'ont plus le droit de visite, nous nous occuperons que de l'enfant tandis que si le ou les parents sont présents la prise en charge sera globale ainsi l'infirmière confirme en disant « *si les parents ont droit de visite ils sont là on prend en soin globalement.* ».

Lorsque les puéricultrices et l'infirmière me parlaient des enquêtes et de l'aspect judiciaire elles incluaient également la neutralité et le non-jugement dans la prise en charge. En effet dans l'ensemble elles m'ont dit que leur rôle, leur travail est de prendre en soin l'enfant et la famille et non porter un jugement. Nous allons donc voir le lien avec la neutralité, le non-jugement et les émotions dans l'accompagnement du bébé secoué et de sa famille.

3.1.2 La neutralité dans l'accompagnement du bébé secoué et de sa famille.

Dès la suspicion du diagnostic du bébé secoué, nous voyons que d'après les textes de lois le signalement doit être rédigé de façon neutre afin de pas induire de mauvaises informations, de ne pas émettre de jugement et donc de ne pas biaiser l'enquête.

Pour commencer, comme je l'énonce dans mon cadre théorique il est important en tant que soignant d'être respectueux et bienveillant pour permettre un accompagnement porteur de sens et c'est ce qu'on nous inculque durant nos années de formation d'infirmière mais également de puéricultrices. Nous voyons également dans le livre de Catherine Mercadier que la neutralité bienveillante est une norme dans le milieu hospitalier, que les soignants tendent à rester neutres et bienveillants dans leur prise en charge pour être « le bon soignant ». En effet lorsque j'ai demandé aux soignantes comment elles accompagnaient la famille du bébé secoué, l'infirmière, la puéricultrice 2 et 3 m'ont parlé de neutralité.

L'infirmière m'a dit qu'elle accompagnait la famille « *de la manière la plus neutre possible* ». La puéricultrice 2 est celle qui m'a donné le plus d'informations sur la neutralité dans l'accompagnement du bébé secoué elle me dit « *j'informe les parents de la même manière euh que j'informerai des parents d'un... patient qui serait là pour une autre enfin un autre motif* » ; « *je vais pas du tout abordé forcément ce sujet avec euh... les parents pour vraiment qu'ils sentent que voilà que moi je suis euh...je me consacre entièrement à la prise en soins de leur enfant* » et « *si les parents euh...mmh...m'en parle je vais essayer....de discuter avec eux de savoir peut être qu'est ce qui s'est passé qu'est-ce qui les a amené à avoir ce geste mais euh seulement si c'est eux qui font le premier pas pour aborder la discussion et ça me permettra de rester dans une position neutre face à eux.* ». Ce qui nous prouve qu'elle essaie d'accompagner ces parents comme d'autres parents, en gardant une position neutre et que pour cela elle ne va pas leur parler de l'enquête, ni de la suspicion sauf si ce sont les parents qui font le premier pas. Ce qui peut conduire à une relation de confiance car, dans mon cadre théorique nous avons vu que les parents pouvaient se sentir jugés, trahi et persécuté et que ça pouvait donc modifier leur comportement. Ainsi en agissant de manière neutre et ne discutant pas de la situation directement avec les parents, ils pourront se sentir en confiance.

La neutralité dans l'interaction avec les parents peut permettre une certaine mise en confiance avec le personnel soignant et ainsi être dans une posture professionnelle et nous voyons que la puéricultrice 3 allie également la posture professionnelle avec la neutralité en nous disant « *garder une posture professionnelle euh...rester neutre et... fin faire comme pour tout autre enfant.* ». La neutralité est donc une norme de notre profession qui nous aide à atteindre une posture professionnelle comme nous l'informe Catherine Mercadier dans son livre « *Le travail émotionnel des soignants à l'hôpital* ».

Catherine Mercadier nous explique que la neutralité émotionnelle est une norme professionnelle qu'on nous inculque dès notre formation d'infirmière, en ne parlant pas ou très

peu des émotions face aux soignés à l'hôpital et qu'elle se traduit et/ou se justifie par une certaine distance professionnelle que l'on doit apprendre à gérer durant notre carrière.

La puéricultrice 2 peut confirmer cette hypothèse puisqu'elle nous dit « *je pense que on peut du coup mmh... si on est un peu submergé par ses émotions à être dans le jugement et je pense qu'on doit conserver dans ses types de situation une euh distance professionnelle approprié et euh... une certaine neutralité* ». On comprend que dès lors que le soignant se sent submergé par ses émotions il va revenir à ce qu'on lui a inculqué, c'est-à-dire essayer de gérer ses émotions en gardant une distance professionnelle. Le soignant va également éviter d'être dans le jugement, qui est contraire aux valeurs soignantes.

3.1.2 Le non-jugement dans la prise en charge des patients.

Pour rejoindre la neutralité, les soignantes m'ont parlé du non-jugement. Ce non-jugement est une valeur soignante qu'on nous inculque également dans notre parcours professionnel. Cette valeur est reprise plusieurs fois lors de mes entretiens par toutes les puéricultrices et l'infirmière. Elles font part du non-jugement envers les parents et la situation complexe du bébé secoué. En effet comme nous l'avons vu dans le cadre théorique le soignant essaie toujours de rester dans une posture éthique et réflexive afin de pas émettre de jugement lors de sa prise en charge, peu importe la situation.

La puéricultrice 1 nous dit « *voilà on est là pour prendre en soin l'enfant on est là pour accompagner l'enfant mais on est pas là pour porter de jugement ou de mettre à l'écart les parents en disant bah voilà ils ont secoué leur bébé donc c'est bon euh je le prend pas en charge euh fin on peut pas les mettre de côté en portant un jugement sur eux c'est pas euh...fin disons c'est pas euh pro... fin on peut pas se comporter de cette manière on est là juste pour prendre en soin un enfant* ». On remarque qu'elle reste assez protocolaire et utilise beaucoup le « *on ne peut pas* » lors de l'entretien notamment lorsqu'elle parle du non-jugement, elle nous dit plusieurs fois « *on ne peut pas émettre de jugement* » et « *c'est pas notre travail de faire l'enquête* », tout comme l'infirmière qui nous dit « *on ne peut pas juger les gens* » et la puéricultrice 3 « *On doit essayer de rester professionnel devant les parents et pas porter de jugement...* », donc pour elles c'est plus une posture professionnelle à adopter, elles nous disent plusieurs fois « *qu'on doit rester professionnelle* » et que ce sont des situations qui peuvent être compliqué.

En utilisant le « on doit, on ne peut pas » nous comprenons qu'elles mettent une certaine « distance professionnelle » pour ne pas porter de jugement dans leur accompagnement et que le non-jugement est bien une valeur qui nous est inculquée dans le milieu hospitalier comme nous le dit Catherine Mercadier.

Néanmoins leurs discours sont réels puisqu'effectivement, comme nous l'avons vu plus haut et dans notre cadre théorique nous sommes là pour accompagner autant l'enfant que le parent sans porter de jugement. Nous pouvons donc confirmer les dires de Catherine Mercadier sur le fait que certaines normes et valeurs comme la neutralité et le non-jugement nous sont inculqués dans notre milieu professionnel.

Elle nous dit également « *La neutralité émotionnelle est préservée grâce à la manière dont les soignants parlent de leurs perceptions et de leurs affects : ils utilisent un vocabulaire mesuré, pondéré, proche de la neutralité, comme s'ils prenaient les mots « avec des pincettes* ». Et nous remarquons que les soignantes ne parlent très peu de leurs émotions et elles ont des tendances à lier ma question sur les émotions avec la neutralité et le non-jugement.

La puéricultrice 1 et l'infirmière ont des propos similaires lorsque je leur pose la question sur les émotions des soignantes dans ce type de situation, elles lient le non-jugement aux émotions. L'infirmière me dit « *ça doit rester à l'intérieur les émotions ça doit pas transparaître hein il faut agir de manière professionnelle on n'est pas là pour juger les gens euh même si effectivement parfois on sait que c'est eux qui l'ont secoué parce que parfois ils avouent mais on peut pas juger les gens on peut pas savoir les conditions donc euh faut pas avoir de jugement y'a pas de jugement.* » tandis que la puéricultrice 1 me répond « *c'est toujours euh c'est de ne pas porter de jugement euh aux parents parce que voilà on... on ne sait pas ce qui c'est réellement passé voilà tant que l'enquête n'est pas faite* » puis me dit que même lorsqu'on sait que c'est un des parents nous ne sommes pas là pour porter de jugement ou mettre à l'écart les parents.

La puéricultrice 3 me dit également « *garder une posture professionnelle euh... rester neutre et... fin faire comme pour tout autre enfant sans forcément trop inclure ces émotions vis-à-vis de... de des parents et de la famille* ». On remarque que la puéricultrice 3 et l'infirmière nous disent que les émotions doivent rester à l'intérieur et qu'il ne fallait pas trop les inclure. Ce qui nous confirme les propos de Catherine Mercadier sur les normes émotionnelles de l'hôpital comme le silence vis-à-vis des émotions qui permettrait de rester dans une neutralité émotionnelle et donc professionnelle.

Cependant, comme nous l'avons vu dans le cadre théorique le soignant doit accompagner l'enfant malade mais aussi l'enfant maltraité et les parents suspects, le soignant est donc dans une situation particulière où il se posent plusieurs questions.

La puéricultrice 1 dit « *c'est des situations assez euh...assez particulière où parfois voilà on peut se poser un questionnement ; on comprend pas trop voilà... fin mmh comment on peut en arriver là* » et continue en me parlant de la neutralité et du non jugement, la puéricultrice 3 me dit également qu'« *il faut essayer d'être le plus neutre possible devant les parents* » et ajoute que « *parfois c'est difficile parce que Bah parfois on comprend pas pourquoi ils ont fait ça* ». Donc nous voyons bien qu'un questionnement se pose auprès des soignants mais contrairement à la puéricultrice 1, la puéricultrice 3 ajoute « *on est plus euh... limite un peu en colère ou dans l'incompréhension comme je t'ai déjà dit mais sans le montrer bien sûr* ».

La puéricultrice 3 arrive à mettre des mots sur ce qu'elle ressent tout comme l'infirmière qui nous dit que malgré le fait qu'on doit garder nos émotions à l'intérieur et qu'on ne doit pas les montrer devant les parents ça nous touche énormément et ça nous reste personnel. Le fait de mettre des mots sur ce que l'on ressent nous permet une meilleure compréhension de la situation et permet comme nous le dit Jacky Merckling de faire évoluer notre empathie. On comprend donc que comme je l'ai dit dans le cadre théorique que l'accompagnement confronte alors les valeurs des soignants, leurs désirs de protéger ce bébé, de comprendre ce qu'il s'est passé, tout en gérant leurs émotions pour rester neutre.

Cette maîtrise des émotions « *s'intègre dans un véritable travail émotionnel qui permet au soignant d'atteindre un niveau professionnel dans la relation thérapeutique, caractérisé par la neutralité* » d'après Jacky Merckling.

Concernant la puéricultrice 2, elle n'a pas lié les émotions au non-jugement. Lorsque je lui ai parlé des émotions elle m'a répondu « *pour ma part il y a pas plus d'émotions que dans d'autres euh... d'autre type de patients, ici en réanimation ce sont souvent des situations difficiles où on voit des enfants mourir ou partir du service avec des séquelles plus ou moins lourdes mmh... fin du coup les émotions sont présentes bien sûr.* » Nous remarquons que cette puéricultrice fait bien la distinction entre les émotions et le non-jugement et nous parle à la première personne contrairement aux autres soignantes.

On ressent une certaine aisance dans son discours, nous remarquons qu'elle réussit à faire la part des choses dans sa prise en charge ce qui peut prouver une certaine maturité professionnelle

comme nous le voyons dans le livre de Jacky Merklings et que pour cela elle a dû effectuer un travail émotionnel.

En effet la puéricultrice 2 nous dit « *l'accompagnement c'est comme n'importe quel patient c'est à dire sans juger* » et ajoute qu'elle accompagne la famille de la même façon qu'une autre en disant « *j'informe les parents de la même manière euh que j'informerai des parents d'un... patient qui serait là pour une autre enfin un autre motif. Euh pour moi c'est vraiment ça qui est important c'est de ne pas être dans le jugement.* ». On observe dans le discours de cette puéricultrice que le non-jugement est lié à la prise en charge de la famille, qu'elle essaie de rester neutre en s'axant sur les soins de l'enfant et comme elle le dit elle ne va pas chercher à savoir auprès des parents ce qu'il s'est passé ou comment c'est arrivé sauf si ce sont les parents qu'ils lui en parlent, « *qui font le premier pas pour aborder la discussion* ».

Nous voyons également que lors de l'entretien qu'elle essaie de rester empathique à travers son non-jugement, elle insiste sur le fait qu'il est important pour elle de ne pas être dans le jugement lors de l'accompagnement de ces derniers vis-à-vis du contexte et de la situation particulière. Elle nous dit également que « *la particularité voilà c'est toujours hum... dans la relation avec les parents... il peut y avoir une sorte de malaise dans le sens où s'il y a une enquête eux ils peuvent se sentir jugés ça peut un petit peu biaisée la relation* ». Effectivement comme nous l'avons dans le cadre théorique, les parents perçoivent « *le regard de l'Autre – soignant – tel un tiers persécuteur, intrusif et malveillant, en quête d'éléments confirmant l'hypothèse de maltraitance.* » ce qui peut creuser la relation avec le soignant et créer un malaise comme nous l'avons vu plus haut, dans la partie sur la neutralité.

Dans le cadre théorique nous voyons que le soignant est divisé entre le fait de devoir protéger l'enfant et le fait d'être face à des parents maltraitants tout en essayant de rester neutre et sans jugement. Pour cette puéricultrice, sa façon de rester dans une neutralité bienveillante, est de faire la part des choses dans cette situation en s'axant sur les soins, et en essayant d'accompagner ces parents comme d'autres parents, sans jugement. Cette façon d'agir et de penser nécessite un travail émotionnel à faire tout au long de sa carrière à travers différentes situations.

3.1.3 Le travail émotionnel

Afin d'être dans une neutralité émotionnelle et rester empathique il est nécessaire d'effectuer un travail émotionnel tout au long de sa carrière. Pour permettre ce travail émotionnel nous avons vu que la parole joue un rôle important.

L'infirmière et la puéricultrice 2 nous parle de l'importance du soutien de l'équipe et de pouvoir en discuter. L'infirmière nous dit « *bien sûr qu'on en discute parce qu'il y a une équipe qui est quand même euh... relativement jeune et on parle souvent des expériences passées on les aide aussi à prendre en charge ça parce que c'est pas facile les premiers euh... les premiers bébé secoué qu'on a c'est quand même compliqué à prendre en charge...* » Ce qui pourrait aussi expliquer la similitude de certains propos entre la jeune puéricultrice (1) et l'infirmière qui travaille depuis 31 ans dans le service.

L'infirmière ajoute « *on en discute entre nous et avec les médecins aussi si on a besoin on a le soutien des médecins on arrive à faire des réunions parfois où on peut discuter de tout ça...* » et la puéricultrice 2 nous dit « *Et on a la chance d'être une équipe assez soudée que ce soit avec les autres puer ou les médecins et je pense que c'est important d'avoir une équipe...euh une équipe avec laquelle on peut discuter.* ».

Nous voyons donc qu'il y a un échange dans les équipes pour permettre de gérer ces situations complexes. Et le fait de « *Parler de son vécu, des émotions éprouvées pendant les soins [...] soulage, allège, délivre la mémoire du soignant, évite qu'elle ne se remplisse et devienne envahissante, le jour comme la nuit.* ». Comme nous le dit Catherine Mercadier.

On remarque cependant que la puéricultrice 1 ne me raconte pas d'expérience vécu, lorsque je lui demande, elle me raconte une prise en charge globale des bébés secoués et de leur famille mais pas d'un cas en particulier alors peut être qu'elle n'a pas encore eu l'occasion d'accompagner ces bébés et leur famille ou peut être que c'est un mécanisme de défense. Elle nous parle de ce qu'elle connaît, des procédures, du suivi, de l'aspect théorique et reprend des propos similaires à ceux de l'infirmière qui travaille dans le même service.

En effet comme nous avons pu le voir dans le cadre théorique « *Tous ces mécanismes se mettent en place lorsque le soignant est dans une situation particulière où ses émotions et son ressenti sont confronté à ses valeurs de soignants et à son désir de rester neutre et empathique.* » Je pense ne pas avoir assez d'information sur la puéricultrice pour savoir si c'est un mécanisme de défense ou si c'est sa façon de maîtriser ses émotions pour le moment. Je dis bien pour le moment car nous avons vu dans la partie « maîtrise des émotions » du cadre théorique que le travail émotionnel se fait tout au long de notre carrière.

Nous pouvons également remarquer que selon les services et selon la personnalité du soignant l'approche sera différente. Dans le service de neuropédiatrie l'infirmière m'informe qu'« *ici on voit énormément d'enfants handicapés entre autres mais suite à des pathologie ou*

génétique ou métabolique ou autre » et ajoute que ça lui fait un pincement au cœur « *parce qu'ils ont la chance d'être sains entre guillemets (mouvement avec ses doigts) avant cet épisode là et après il peut y avoir des séquelles* » . La puéricultrice 1 nous dit également « *malheureusement après ont des séquelles et qui font que par la suite ce sont des enfants polyhandicapés alors que de base se sont des enfants qui sont nés en bonne santé.* ». Dans ce service nous comprenons que c'est le fait de voir que ces enfants avaient la « *chance d'être sains* » avant ce geste qui les touchent et qu'à cause du secouement l'enfant risque d'être polyhandicapé.

Tandis qu'en réanimation pédiatrique nous voyons que ces situations les touchent mais elles nous disent qu'elles sont souvent face à des situations difficiles dans le service, où certains enfants décèdent donc elles apprennent à gérer leurs émotions. Ce qui nous prouve que selon les services et donc les prises en charge, les émotions seront différentes et qu'il est nécessaire d'effectuer un travail émotionnel tout au long de sa carrière car nous ne serons pas tous le temps face aux mêmes situations.

3.1.4 La prévention du bébé secoué

Lors de mes entretiens les puéricultrices 1 et 2 m'ont parlé de l'importance de la prévention dans le syndrome du bébé secoué. Elles m'ont toutes les deux dit qu'il fallait accentuer la prévention car cela peut arriver à n'importe quels parents et qu'il est important « *de leur expliquer comment réagir si ils se sentent débordés avec leur enfant comment le mettre en sécurité et puis pour éviter d'en arriver à ce type de geste* ». En effet, comme la puéricultrice 1 nous le dit la prévention peut se faire en maternité, chez le pédiatre ou le médecin traitant, nous avons également vu lors de notre année d'étude de puéricultrice que la prévention se faisait également en PMI lors de consultation post-natale.

Dans mon cadre théorique, il est vrai que je n'ai pas mentionné la prévention mais en effectuant mes recherches et lors de mon année d'étude je me suis aperçue que le syndrome du bébé secoué était de plus en plus mentionné à travers les diverses préventions que nous réalisons auprès des parents en poste natale et notamment grâce aux 1000 premiers jours. La puéricultrice 2 me parle également d'un spot de santé publique qui a été diffusé. En effet une campagne « stop bébé secoué » a été réalisée à la suite des 1000 premiers jours et nous retrouvons un clip qui est diffusé

sur internet depuis le 17 janvier 2022.⁴³ Cette prévention a pour but de diminuer les cas de bébés secoués cependant nous n'avons que très peu de données quantitatives sur le bébé secoué avant cette campagne, il sera donc difficile d'évaluer l'efficacité de celle-ci.

3.2 Conclusion de l'analyse et retour sur les hypothèses.

Nous avons vu que le non-jugement, la neutralité et les émotions étaient liées dans l'accompagnement du bébé secoué et de sa famille par les propos des puéricultrices et de l'infirmière.

Il est important d'effectuer un travail émotionnel afin de ne pas se sentir submergé par ses émotions et du coup être dans un accompagnement qui pourrait être régi par des mécanismes de défenses comme l'évitement ou la banalisation. Alors peut-être que les limites dans l'accompagnement du bébé secoué et de sa famille se trouvent au niveau des émotions des soignantes vis-à-vis des parents mais aussi de l'enfant maltraité. En effet lorsque les émotions sont identifiées elles nous permettent d'effectuer un travail sur nous-même et reconnaître nos limites afin d'améliorer notre accompagnement.

Cependant ce travail émotionnel ne se fait pas tout le temps directement il peut se faire plusieurs années après avoir vécu une situation qui nous est pénible comme nous l'avons vue dans le livre de Catherine Mercadier. Je peux alors dire que connaître ses limites va permettre de sentir plus à l'aise dans l'accompagnement du bébé secoué et de sa famille mais cela peut prendre du temps pour certains soignants car la maîtrise des émotions est une *«compétence qui se développe sur la base d'une multitude d'expériences, réfléchies et enrichies par des savoirs idoines, c'est-à-dire objectifs, théoriques et cliniques»* selon Jacky Merklings.

Je peux donc continuer en disant que l'expérience et le vécu des soignantes jouent un rôle dans l'accompagnement des bébés secoués et de sa famille et confirmer ma deuxième hypothèse. En effet nous avons remarqué que la puéricultrice la plus jeune (1) restait assez théorique et avait des propos similaires à celle de sa collègue infirmière, qui a 31 ans d'expérience dans le service. Cette infirmière nous dit également qu'elle parle de ses expériences passées aux plus jeunes afin de les aider à prendre en charge ces patients et leurs

⁴³ Ministère de la santé et de la prévention, ministère des Solidarités, de l'autonomie et des personnes handicapées. Syndrome du bébé secoué : une maltraitance qui peut être mortelle. [en ligne]. Publié le 17/01/2022, consulté le 22/06/2022. Disponible sur : <https://solidarites-sante.gouv.fr/affaires-sociales/familles-enfance/protection-de-l-enfance-10740/proteger-les-enfants-face-aux-differentes-formes-de-maltraitances/syndrome-bebe-secoue>

parents elle nous dit également que ce n'est pas facile de prendre en charge les premiers bébés secoués.

Nous remarquons également que les puéricultrices 2 et 3 nous racontent des expériences vécues et répondent à mes questions malgré le fait qu'elles nous disent toutes les deux, au début de l'entretien, que ce ne sont pas des enfants qu'elles ont régulièrement et arrivent à faire la part des choses notamment grâce à leurs expériences face à des situations particulières.

Pour finir je peux confirmer que travailler et parler en équipe pluridisciplinaire permet un accompagnement efficace du bébé secoué. Tout au long de mon cadre théorique et de mon analyse nous identifions la participation de plusieurs personnes dans la prise en charge du bébé secoué et de sa famille comme le médecin et le médecin légiste qui procèdent aux recueils des données pour le signalement, le procureur qui prend les décisions judiciaires, l'assistance sociale, les psychologues et le personnel paramédical comme les puéricultrices et les infirmières.

Ces derniers se complètent dans la prise en charge et doivent pouvoir communiquer entre eux pour permettre une cohésion d'équipe. On voit également à travers les dires des soignantes que la communication dans l'équipe est importante pour permettre de faire face à ces situations singulières et parler de ses émotions.

Ainsi, nous pouvons conclure que mes 3 hypothèses sont liées puisque la connaissance de ses limites entre dans le travail émotionnel que nous faisons tout au long de notre carrière notamment grâce à nos expériences mais également grâce au soutien et aux partages d'expériences dans notre équipe. Ces derniers vont nous permettre d'acquérir une certaine posture professionnelle et une juste distance afin de pouvoir accompagner au mieux l'enfant et les parents lors de situations complexes.

CONCLUSION

Ce travail m'a permis de comprendre que lors de situation de maltraitance, comme le bébé secoué, il est important de travailler en équipe pluridisciplinaire. En effet chacun à un rôle à jouer dans cette prise en charge, nous sommes complémentaires et une communication interdisciplinaire est indispensable afin d'aller vers un accompagnement cohérent. La communication dans l'équipe va également nous permettre d'échanger sur les différents points de vue de chacun, les différentes expériences vécues et ainsi nous amener à une réflexion sur la situation. Une réflexion qui nous permettra de nous questionner sur notre comportement, notre posture professionnelle et nos émotions, elle nous aidera dans notre maîtrise des émotions.

Cependant comme nous l'avons vu, cette maîtrise se fera avec le temps, avec nos expériences, avec la connaissance de nos limites mais également avec notre personnalité.

Ce travail m'est enrichissant car ayant une personnalité assez sensible, j'ai appris que pour pouvoir accompagner au mieux l'enfant et sa famille dans une situation de maltraitance il fallait que je puisse mettre des mots sur ce que je ressens notamment en échangeant avec mon équipe. La communication permet de ne pas se laisser submerger par ses émotions et par ailleurs avoir des conduites d'évitements, comme fut mon cas lors de ma situation d'appel. Je sais que dans mon futur métier de puéricultrice je serais encore confronté à des situations qui m'impacteront mais j'aurais, grâce à ce travail, des bases qui pourront m'aider. Je me tournerai vers mon équipe et je porterai une réflexion sur la situation en prenant du recul.

Cependant j'ai conscience qu'en tant que jeune professionnelle, il nous est parfois difficile de gérer certaines situations car nous arrivons dans la vie professionnelle avec peu de bagages, peu d'expériences, dans un nouveau service avec une équipe que nous ne connaissons pas. C'est pourquoi je juge qu'il est important de sentir bien dans son service afin de pouvoir échanger avec notre équipe et se sentir plus en confiance. Cela nous permettra d'acquérir une posture professionnelle que je qualifie comme bienveillante et porteuse de sens, et nous permettra d'apporter un accompagnement de qualité à l'enfant et à sa famille, sans porter de jugement.

En effet je suis d'accord avec la puéricultrice 2 dans ces propos, je pense qu'il faut savoir faire la part des choses et accompagner les parents sans porter de jugement afin de créer une relation de confiance. Relation de confiance que je juge importante dans la prise en charge pédiatrique.

Pour conclure je dirais que ce travail m'a appris que face à des situations de maltraitance, comme le bébé secoué, il y a des procédures à suivre, que chacun joue un rôle dans l'évolution de cet accompagnement et qu'en tant que futur professionnel il est important de communiquer avec son équipe pour ne pas être submergé par ses émotions et être dans le jugement. Il faut garder une position neutre et professionnelle devant les parents pour permettre une relation de confiance.

Quant à mon projet professionnel, je peux dire que mon intérêt se porte sur les services de pédiatrie. Durant mes stages je me suis senti à l'aise avec la diversité des situations mais aussi avec la diversité d'âge qu'ont les enfants. Nous pouvons être face à un bébé de 5 mois comme à un enfant de 2 ans ou à un adolescent de 14 ans où l'accompagnement de ces derniers sera différent en fonction de leur pathologie, de leur âge et de leur capacité à communiquer. Pour commencer mon futur métier de puéricultrice je souhaiterais intégrer un pool afin de développer mes connaissances et mes compétences professionnelles ainsi que personnelles.

Voulant travailler dans ces services de pédiatrie où les parents sont généralement présents et où j'ai pu remarquer que leur présence influençait, dans la plupart des cas, notre accompagnement, je me demande comment en tant que puéricultrice, pourrais-je mettre en place une relation de confiance autant avec l'enfant que sa famille ? Il me semble important d'instaurer une relation de confiance avec mon patient et sa famille afin que la prise en charge se passe dans des conditions optimales.

BIBLIOGRAPHIE

Livres :

ARSLAN SELI, HESBEEN WALTER. *Soin(s), Perspectives éthiques : Des pratiques de soins au prendre soin*. Seli Arslan, 2015. 186p.

CATHERINE MERCADIER. *Le travail émotionnel des soignants à l'hôpital. Le corps au cœur de l'interaction soignant-soigné*. 2^e édition. Seli Arslan, 2020. 295p.

ROUX-DEMARE FRANCOIS-XAVIER. *Le syndrome du bébé secoué*. Fondation Varenne : 2018. 146p. (Colloques Essais)

SEBASTIEN COLSON, JAQUELINE GASSIER, COLETTE DE SAINT-SAUVEUR. *Le guide de la puéricultrice*. 5^e édition. Elsevier Masson : 2019. 1280p.

HESBEEN WALTER. *Prendre soin à l'hôpital : inscrire le soin infirmier dans une perspective soignante*. Paris : Masson, 1997.208p.

JACKY MERKLING. *Les fondements de la relation de soin. Savoirs essentiels, outils à mobiliser et professionnalisation*. Seli Arslan, 2017. 206p.

Textes législatifs :

France. MINISTERE DES SOLIDARITES, DE LA SANTE ET DE LA FAMILLE. Article R4311-13 du 08 aout 2004 relative au code de la santé publique disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006913901/

Documents électroniques :

Anaïs Lépineau, Claire Guyon, Capucine Nègre *et al.* L'accompagnement, une alliance à construire. *Métiers de la petite enfance* [en ligne], juin 2015 (vol.21), n°222. p.20-22. (Consulté en mars 2022). Disponible sur : <https://www-em-premium-com.ezproxy.univ-catholille.fr/article/983585/resultatrecherche/4>

Anne-Marie Mottaz. Accompagnement. In *Les concepts en sciences infirmières*. Monique Formarier, Ljiljana Jovic. 2^e édition. ARSI, 2012. P.42 à 43. Mis en ligne le 04/01/2016.

Disponible sur : <https://www-cairn-info.ezproxy.univ-catholille.fr/concepts-en-sciences-infirmieres-2eme-edition--9782953331134-page-42.htm>

Catherine Vernay. L'empathie, un élément clé dans la relation de soin. *Soins*. [en ligne], avril 2018 (vol.63), n°824. P47-50. (Consulté en mai 2022). Disponible sur : <https://www-em-premium-com.ezproxy.univ-catholille.fr/article/1209477/resultatrecherche/1>

France. Ministère des solidarités et de la santé. Qu'est-ce que la maltraitance faite aux enfants ? [en ligne]. Mis en ligne le 06/11/2018 (consulté le 05/03/2022.). Disponible sur : <https://solidarites-sante.gouv.fr/affaires-sociales/familles-enfance/protection-de-l-enfance-10740/protoger-les-enfants-face-aux-differentes-formes-de-maltraitances/article/qu-est-ce-que-la-maltraitance-faite-aux-enfants>

Gaëlle Le Fischer, Aurélia Diaz. Syndrome du bébé secoué et soins palliatifs. Accompagnement psychologique des parents autour de l'enfant maltraité réanimé. In *Soins palliatifs en pédiatrie*. Sous la direction de Alessia Perifano. Erès, 2019. P77 à 91. Mis en ligne le 13/11/2019. Disponible sur : <https://www-cairn-info.ezproxy.univ-catholille.fr/soins-palliatifs-en-pediatrie--9782749264981-page-77.htm?contenu=bibliographie>

Geneviève Imbert. L'entretien semi-directif : à la frontière de la santé publique et de l'anthropologie. In *Recherche en soins infirmiers*. [en ligne], 2010, n°102, p 23 à 34. (consulté en mai 2022). Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2010-3-page-23.htm?contenu=article>

HAS. Syndrome du bébé secoué ou traumatisme crânien non accidentel par secouement [en ligne] mis en ligne le 29 septembre 2017 sur : https://www.has-sante.fr/jcms/c_2794425/fr/syndrome-du-bebe-secoue-ou-traumatisme-cranien-non-accidentel-par-secouement

HAS, recommandation de bonne pratique, Syndrome du bébé secoué ou traumatisme crânien non accidentel par secouement. Mis en ligne en juillet 2017. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-09/reco239_recommandations_syndrome_bebe_secoue.pdf

Larousse. Emotion. Consulté en avril 2022. Disponible sur : <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/%c3%a9motion/28829>

Michelle Rouyer. Prise en charge de l'enfant maltraité et de sa famille. *In Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*. Sous la direction de Serge Lebovici, René Diatkine, Michel Soulé. Presse universitaire de France, 2004. P 2383 à 2388. Mis en ligne le 07/07/2014. Disponible sur : <https://www-cairn-info.ezproxy.univ-catholille.fr/nouveau-traite-de-psychiatrie-de-l-enfant-et-de-l--9782130545576-page-2383.htm?contenu=article>

Ministère de la santé et de la prévention, ministère des Solidarités, de l'autonomie et des personnes handicapées. Syndrome du bébé secoué : une maltraitance qui peut être mortelle. [en ligne]. Publié le 17/01/2022, consulté le 22/06/2022. Disponible sur : <https://solidarites-sante.gouv.fr/affaires-sociales/familles-enfance/protection-de-l-enfance-10740/protoger-les-enfants-face-aux-differentes-formes-de-maltraitances/syndrome-bebe-secoue>

ONISEP. Fiche métier puériculteur/ Puéricultrice [en ligne], consulté en décembre 2021 sur : https://www.onisep.fr/content/location/81117/version_longue

République Française. Disponible sur : <https://www.sante.fr/neuropediatrie>

SOPHIE DECIS, FARAH HATEM, LAURE BRUNEL *et al.* Agir contre la maltraitance, Guide juridique à l'usage des professionnels de l'enfance. Enfance et Partage – Septembre 2014. Disponible sur :

https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/2014_guide_juridique_agir_contre_la_maltraitance_leger_1.pdf

ANNEXES

Table des annexes :

Annexe 1 : Le guide d'entretien..... I

Annexe 2 : La retranscription d'un entretien.....III

ANNEXE 1 : Le guide d'entretien

Question 1

Pouvez-vous me parler de votre parcours professionnel

Objectif : Cibler le profil du professionnel pour me permettre d'analyser si le vécu et l'expérience de la puéricultrice joue un rôle dans l'accompagnement du bébé secoué et sa famille

Question 2

Comment accompagnez-vous le bébé secoué ?

Objectif : Déterminer la posture des puéricultrices dans l'accompagnement du bébé secoué

Question de relance :

- Quel sont les ressources du service ?

Question 3 :

Comment accompagnez vous la famille de ce dernier ?

Objectif : Déterminer la posture des puéricultrices dans l'accompagnement des familles

Question de relance :

- Que faites-vous pour les prendre en charge ?

Question 4 :

Comment s'est déroulé la dernière prise en soin dans votre service ?

Objectif : Déterminer si un travail pluridisciplinaire a été réalisé.

Questions de relance :

- Qu'avez-vous fait pour accompagner le bébé et sa famille ?
- Comment avez-vous fait pour prendre en soin le bébé secoué et sa famille ?
- Avez-vous pris en charge le bébé secoué puis sa famille ou les avez-vous accompagnés dans un même temps ?

Question 5 :

Selon vous, quel est la place des émotions dans l'accompagnement d'un bébé secoué ?

Objectif : Connaitre le point de vue des puéricultrices sur la place des émotions face à un enfant maltraité et identifier s'il y a des conséquences sur l'accompagnement.

Questions de relance :

- Selon vous, quels sont les limites pour une prise en soin d'un bébé secoué et de sa famille ?

Question 6 :

Pouvez-vous me raconter une expérience dans laquelle vous avez accompagné un bébé secoué ?

Objectif : Identifier les limites et les émotions de la puéricultrice.

Question 7 :

Avez-vous des choses à rajouter concernant le bébé secoué et sa famille ?

Objectif : Aborder un point que nous n'ayons pas évoqué

ANNEXE 2 : La retranscription d'un entretien

Puéricultrice n°2 :

Etudiante : Bonjour, je suis étudiante puéricultrice à IFSanté . Dans le cadre de mon mémoire qui porte sur l'accompagnement du bébé secoué et de sa famille je souhaiterais réaliser un entretien semi directif avec vous. Est-ce que vous m'autorisez à enregistrer la conversation en anonyme ?

Puéricultrice : oui bien sûr.

Etudiante : Merci. Pour commencer pouvez-vous me parler de votre parcours professionnel ?

Puéricultrice : Oui alors je suis infirmière depuis 2006 et infirmière puéricultrice depuis 2012 j'ai toujours exercé en pédiatrie euh... j'ai exercé dans 5 services en tout avant d'être puéricultrice et euh en cumulé j'exerce en réa-pédiatrique depuis une dizaine d'années fin depuis mon diplôme de puér.

Etudiante : D'accord. Comment accompagnez-vous le bébé secoué ?

Puéricultrice : hum... (blanc) pouvez-vous reformuler la question ?

Etudiante : Du coup quelles seraient les ressources du service et quelle est la prise en soin du bébé secoué ?

Puéricultrice : Euh ... alors déjà c'est pas des patients qu'on a si fréquemment que ça dans le service euh... je saurais même pas dire quand est ce qu'on en a eu un pour la dernière fois et souvent ils sont victimes d'autres maltraitements. Euh... après pour moi bah l'accompagnement c'est comme n'importe quel patient c'est à dire sans juger mmh... le contexte dans tout les cas c'est une situation particulière. Euh je prends en charge ces patients voilà sans jugement juste en... en axant ma prise en soin sur les différents problèmes euh... organique qui peuvent avoir et après au niveau de l'accompagnement de la famille Ben c'est pareil je.. j'informe les parents de la même manière euh que j'informerai des parents d'un... patient qui serait là pour une autre enfin un autre motif. Euh pour moi c'est vraiment ça qui est important c'est de ne pas être dans le jugement.

Etudiante : D'accord

Puéricultrice : Surtout par rapport au contexte on ne doit pas les juger.

Etudiante : Oui vous avez répondu à ma deuxième question qui était comment accompagnez-vous la famille ?

Puéricultrice : Et par rapport aux ressources du coup on fait appel à l'assistante sociale pour tout ce qui est euh... l'enquête... judiciaire et tout ça... l'enquête sociale comme ça ça permet aussi vraiment de... de voilà de faire la part des choses et tout mmh tout ce qui est social c'est elle qui gère et nous on gère vraiment le soin.

Etudiante : D'accord, est ce que vous pouvez me raconter comment s'est déroulée la dernière prise en soin dans votre service ?

Puéricultrice : alors non parce que comme je disais j'sais même fin... depuis le début de l'année je sais pas si on a eu un euh peut être dans les 6 derniers mois mais en tout cas c'est pas moi qui

m'en suis occupé s'il y en a eu un du coup je ah... j'ai vraiment pas de souvenir récent d'une prise en charge où un bébé n'a été que secoué et qui m'aurait marqué et que je pourrais raconter.

Etudiante : d'accord et vous en avez déjà pris en charge ?

Puéricultrice : Oui oui après souvent nous ils ont d'autres séquelles et ont subi d'autres maltraitements physiques.

Etudiante : Est-ce que vous pouvez me raconter du coup une expérience dans laquelle vous avez accompagné le bébé secoué ?

Puéricultrice : euh... bah la particularité voilà c'est toujours hum... dans la relation avec les parents... il peut y avoir une sorte de malaise dans le sens où s'il y a une enquête eux ils peuvent se sentir jugés ça peut un petit peu biaiser la relation euh...et du coup euh... attends redis moi ta question pardon (petite rière)

Etudiante : oui pas de soucis, pouvez-vous me raconter une expérience dans laquelle vous avez accompagné un bébé secoué ?

Puéricultrice : euh...hum... oui bah du coup enfin... j'ai pas d'exemples précis en tête en faite...(blanc)

Etudiante : d'accord ce n'est pas grave même si pas une histoire précise.

Puéricultrice : je peux te...te dire comment ça m'est déjà arrivé mais j'ai pas un souvenir précis d'une famille où je pourrais te raconter comment ça s'est passé mais je peux te dire quand même ce que je sais et ce que je fais quand il y a une maltraitance.

Etudiante : oui... Je veux bien

Puéricultrice : oui et bien je vais te redire un petit peu la même chose euh...je vais surtout éviter d'être dans le jugement je vais pas forcément m'intéresser de savoir comment, si le bébé a été secoué comment ça s'est passé et ce qui s'est passé euh voilà je vais pas du tout aborder forcément ce sujet avec euh...les parents pour vraiment qu'ils sentent que voilà que moi je suis euh...je me consacre entièrement à la prise en soins de leur enfant après pour moi euh c'est plus le genre de sujet qu'on va aborder dans de la prévention et dans d'autres contextes après si les parents euh...mmh...m'en parle je vais essayer...de discuter avec eux de savoir peut être qu'est ce qui s'est passé qu'est-ce qui les a amené à avoir ce geste mais euh seulement si c'est eux qui font le premier pas pour aborder la discussion et ça me permettra de rester dans une position neutre face à eux.

Etudiante : D'accord et selon vous quelle est la place des émotions de la puéricultrice dans l'accompagnement d'un bébé secoué.

Puéricultrice : Ben. Fin pour ma part il y a pas plus d'émotions que dans d'autres euh... d'autre type de patients, ici en réanimation ce sont souvent des situations difficiles où on voit des enfants mourir ou partir du service avec des séquelles plus ou moins lourdes mmh... fin du coup les émotions sont présentes bien sûr. Et on a la chance d'être une équipe assez soudée que ce soit avec les autres puéricultrices ou les médecins et je pense que c'est important d'avoir une équipe...euh une équipe avec laquelle on peut discuter.

Etudiante : D'accord merci. Avez-vous des choses à rajouter du coup concernant le bébé secoué sa famille que... qu'on n'aurait pas évoqué ?

Puéricultrice : Bah je pense que vraiment il faut faire beaucoup de prévention par rapport à ça euh et je sais qu'il y a eu un spot de santé publique récemment il me semble à la radio ou à la télé ?

Etudiante : Oui effectivement

Puéricultrice : Pour moi c'est vraiment mettre l'accent sur la prévention parce que voilà ça peut arriver à n'importe qui euh quand on est fatigué euh... qu'il se passe je ne sais quoi pour je ne sais qu'elle raison et enfaite ça peut arriver à n'importe quels parents et donc c'est très important de... de leur expliquer comment réagir si ils se sentent débordé avec leur enfant comment le mettre en sécurité et puis pour éviter d'en arriver à ce type de geste moi c'est vraiment la prévention voilà.

Etudiante : d'accord merci beaucoup.