

Mémoire de fin d'études

**UE 5.6. S6 Analyse de la qualité et traitement des données
scientifiques et professionnelles**

Quelle place donner à nos propres émotions ?

31 mai 2017



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

« Les mots manquent aux émotions »

Victor Hugo, artiste, écrivain, poète, romancier (1802-1885)

« N'oublions pas les petites émotions sont les grands capitaines de nos vies et qu'à celles-là nous y obéissons sans le savoir »

Vincent Van Gogh, artiste, peintre (1853-1890)

Remerciements

A ma directrice de mémoire Mme Isabelle PENALVA-COURBIN. Vous m'avez soutenu, écouté et guidé tout au long de ce travail de recherche et plus encore.

Formateur référent Pédagogique Mme Nathalie VAEL qui m'a accompagné tout au long de ces années de formation. Ainsi que l'équipe pédagogique de l'institut de formation de Charles Foix.

Aux professionnels de santé qui m'ont encadrée et guidée au cours des stages effectués dans le cadre de la formation en soins infirmiers. Je vous remercie pour avoir cru en moi et en mes compétences. Les mots ne sont pas assez forts pour exprimer ma profonde gratitude : Véronique GALIBERT, Ursula DESERT, Astrid MARRET, Florence LANKRY, Cédric SANCHEZ, Vincent GARROUSTE... et surtout Manon ADER pour la relecture de mon mémoire.

Je tiens à remercier les infirmières interrogées dans le cadre mon travail de fin d'étude. Merci pour votre sincérité et le partage de vos expériences.

A mes collègues qui m'ont soutenu et tout particulièrement à Melissa RIOUS mon fameux binôme. Elle a été une alliée, une confidente et une amie précieuse.

A ma famille pour leur encouragement et leur soutien.

Et tout particulièrement à mon conjoint Zouhir pour son amour et son soutien sans failles.

Ainsi que mon fils Kémil. Séparé de lui depuis trois ans pour aboutir à un projet professionnel et personnel qui me tient à cœur. Il me motive, m'encourage et me rappelle que je suis une maman forte.

Sommaire

I. INTRODUCTION.....	1
II. SITUATION D'APPEL.....	2
III. CADRE DE REFERENCE.....	4
1. La prise en charge des enfants dans un service de Pédiatrie.....	4
1.1. Le développement de l'enfant de 0 à 3 ans.....	4
1.2. La prise en charge d'un enfant dans un service de pédiatrie.....	5
1.3. L'impact de l'hospitalisation d'un enfant sur la sphère familiale.....	6
2. La relation de soin.....	8
2.1. La relation soignant-soigné.....	8
2.2. La relation de maternage.....	9
2.3. La relation triangulaire.....	10
3. Les émotions dans le soin.....	11
3.1. Définition des émotions.....	11
3.2. Les principales émotions.....	12
3.3. La place des émotions dans les soins.....	14
IV. ENQUETE EXPLORATOIRE.....	16
1. Méthodologie de l'enquête exploratoire.....	16
2. Présentation des résultats bruts.....	17
V. ANALYSE.....	23
VI. CONCLUSION.....	35
VII. BIBLIOGRAPHIE.....	37
VIII. ANNEXES.....	41

I. INTRODUCTION

Ce travail de recherche est une étape importante dans l'obtention du diplôme d'état infirmier qui a pour aboutissement ma professionnalisation en tant qu'infirmière. Mes neuf années d'expérience dans la restauration m'ont permis de développer des savoirs faire indispensables au métier d'infirmier. Le développement de ma communication, mon organisation, mon management ainsi que mon relationnel a été le déclencheur de ma reconversion professionnelle. Ce projet a demandé un investissement financier, personnel et familial important. D'où mon parcours de formation et de stage réfléchi et organisé.

Ces trois années de formation m'ont permis d'approfondir et d'acquérir des compétences indispensables à ce métier par le savoir-être, le savoir-faire et le savoir. L'apprentissage par alternance permet de mettre en pratique les apports théoriques au cours des stages effectués dans différents services. Cette expérience a été un point central dans ma réflexion sur le professionnel que je veux être.

L'hôpital est un lieu de travail qui engendre des émotions intenses où les infirmiers font face à la souffrance humaine au quotidien. Quel que soit notre lieu d'exercice, la pédiatrie, le lieu de vie, le milieu carcéral ou le milieu hospitalier, nous sommes tous confrontés à nos propres émotions. Celles-ci peuvent altérer notre perception et impacter notre prise en charge. Elles nous caractérisent et de ce fait elles font partie de nous.

Ma recherche est centrée sur la prise en charge des enfants dans les services de pédiatrie. C'est un lieu de travail et de stage redouté par de nombreux soignants et étudiants en soins infirmiers. Par la complexité de la prise en charge des enfants qui varie en fonction de leurs âges, leurs pathologies... Mais surtout, par la présence des parents qui sont submergés par des émotions et des incompréhensions lors de la maladie de leur enfant.

Dans un premier temps, je vais vous exposer la situation d'appel sur laquelle je me suis basée pour ce travail de recherche. Il s'ensuivra d'une analyse dont résulte ma question de

départ. Dans un deuxième temps, je développerai le cadre conceptuel qui est en lien avec la situation d'appel. Enfin, j'effectuerai l'analyse de quatre entretiens menés auprès d'infirmiers que je confronterai à l'étude du cadre conceptuel. Suite à cette réflexion, il en découlera une synthèse globale de mon analyse qui amènera à une question de recherche.

II. SITUATION D'APPEL

Cette situation se déroule au sein d'un service de pédiatrie en chirurgie viscérale. Ce service prend en charge des patients âgés de moins de 18 ans. Il comprend une équipe pluridisciplinaire (infirmiers, aides-soignants, médecins, internes, infirmière puéricultrice, éducatrice...) qui se coordonne dans la prise en charge efficace et personnalisée des enfants et des parents.

**Qu'elle place est donnée aux parents lors de la prise en charge de leur enfant ?
Comment prendre en charge efficacement un enfant et les parents ? Qu'elle est l'impact de la prise en charge des enfants sur les parents?**

Depuis quelques jours, l'équipe de soin du service se mobilise dans la prise en charge de Paul. C'est un enfant âgé de 9 jours, il est à J5 d'hospitalisation pour une sténose du pylore. Au vu de son jeune âge, il a été installé dans une chambre à proximité du poste de soin. N'ayant pas la présence des parents auprès de lui, nous intervenons tous pour le réconforter, le bercer... Lors des soins douloureux, nous réorganisons notre travail pour être disponible. Nous étions tous présents et nous agissions pour le bien-être de Paul. Les équipes avaient pris pour habitude de le bercer et le nourrir dans le poste de soin. La prise en charge en service de pédiatrie est spécifique par la population concernée et la demande émotionnelle que cela implique.

Quelle est la juste distance à tenir par l'équipe de soin face à ce bébé tout juste né et déjà hospitalisée ? Comment prendre du recul lorsque nous faisons face à une situation qui nous touche ?

Je rejoignais le ressenti des équipes de soin, j'étais soucieuse de sa prise en charge. Je me rapprochais auprès de son infirmière référente pour collecter des renseignements sur l'évolution de son état de santé. Le moindre pleur ou couinement était prétexte à passer le voir dans sa chambre. Nous nous relayons pour répondre à ses besoins quand cela était possible.

**De quoi a besoin Paul au regard de son stade de développement et de ses besoins ?
Quel positionnement professionnel devrais-je adopter en tant que futur soignant auprès de cet enfant ?**

Ce jeudi après-midi, nous sommes dans le poste de soin lorsque Paul pleure. L'infirmière Alex se dirige vers sa chambre et revient avec Paul dans les bras. Ne le connaissant pas, l'infirmière qui m'encadre la questionne sur son état de santé et sa situation. Elle lui explique les raisons de son hospitalisation et ajoute qu'ils n'ont eu aucun appel des parents. Les soignants présents laissent paraître leur étonnement par des regards, des sourcils froncés accompagnés d'un silence pesant.

Comment approcher cette prise en charge qui fait émerger de nombreuses émotions auprès de l'équipe de soin ? Que faire de nos émotions ?

Je profite de discuter avec l'infirmière qui m'encadre sur la prise en charge de Paul et les difficultés que cela peut engendrer pour l'équipe de soin. Je lui fais part de mon ressenti et de mes émotions face à cet enfant qui m'émeut. Elle m'écoute attentivement. Je poursuis par mes réflexions sur la posture professionnelle à adopter auprès de Paul. Ainsi que l'influence de nos émotions dans nos soins qui, dans cette situation nous conduisent à adopter une attitude de maternage. Par l'investissement et l'attention apportée par les soignants. Au terme de cet échange, je prends conscience des difficultés que cela peut conduire. Et la nécessité à prendre du recul sur les prises en charge des enfants en service de pédiatrie.

QUESTION DE DEPART

En quoi les émotions peuvent-elles impacter les infirmiers lors de la prise en charge des enfants au sein des services de pédiatrie?

III. CADRE DE REFERENCE

1. La prise en charge des enfants dans un service de Pédiatrie

1.1. Le développement de l'enfant de 0 à 3 ans

Etymologiquement, le terme « enfant » vient du latin « infans » qui signifie « celui qui ne parle pas ». La Convention Internationale relative aux Droits de l'Enfant de 1989 propose une définition plus précise « [...] *tout être humain âgé de moins de dix-huit ans, sauf si la majorité est atteinte plus tôt en vertu de la législation qui lui est applicable*¹ ».

Selon le travail de recherche du philosophe, docteur en médecine et professeur de collège, Henri WALLON² (1879-1962). Il établit un processus de développement de l'enfant qui résulte selon lui, de facteurs biologique et social :

- Le stade impulsif et émotionnel de 0 à 1 ans : motricité, organisation des émotions (joie, douleur, chagrin, colère), sociabilisations.
- Le stade sensorimoteur et projectif de 1 à 3 ans : intelligence pratique (exploration de l'espace et manipulation des objets), naissance de la pensée, intelligence discursive (langage), intelligence posturale (naissance de la pensée), individuation.
- Le stade du personnalisme de 3 à 6 ans : l'individualisme, l'opposition différenciation, construction de son autonomie, l'imitation.

Pour compléter cette vision du développement de l'enfant, le psychologue suisse, Jean PIAGET³ (1896-1980) centre son travail de recherche sur le développement cognitif et la

1 Convention internationale des droits de l'enfant, Nations unies. [en ligne]. 1989. [consulté le 21/03/2017] Disponible à l'adresse : www.humanium.org/fr/convention/

2 WALLON Henri, *L'enfant ne fait que vivre son enfance. La connaître appartient à l'adulte. Mais qui va l'emporter dans cette connaissance, le point de vue de l'adulte ou celui de l'enfant ?* Les origines de la pensée chez l'enfant, Edition des Presses Universitaires de France, 1945.

3 PIAGET Jean, *Le développement psychosocial est subordonné au développement spontané et psychologique*. Six études de psychologie génétique. Edition Folio, 1987.

théorie opératoire de l'intelligence. Son travail est basé sur une période clinique par une phase exploratoire auprès des enfants.

Pour aboutir à des hypothèses :

- Le stade sensori-moteur de 0 à 2 ans : stades des réflexes, des premières habitudes motrices, de l'intelligence sensori-motrice,
- Le stade préopératoire de 2 à 7 ans : stade de pensée où domine la représentation symbolique,
- Le stade des opérations concrètes de 7 à 11 ans.

De nombreuses recherches ont été effectuées pour réactualiser ces théories. Elles ont été initiées en prenant pour référence ces philosophes, premiers initiateurs de la théorie du développement de l'enfant. Ces deux approches philosophiques apportent des données indispensables à une prise en charge de qualité. Elle se trouve être différente de l'adulte qui demande des apports théoriques et pratiques adaptés. Qui selon le stade de développement, permet une adaptation adéquate de la prise en charge et de la posture du soignant à adopter auprès des enfants et de leurs parents.

1.2. La prise en charge d'un enfant dans un service de pédiatrie

Le service de pédiatrie est une discipline médicale qui prend en charge les enfants âgés de moins de 18 ans. La vulnérabilité de l'enfant implique une protection et une prise en charge spécifique. Dans cet objectif, des textes, des décrets, des chartes et des lois ont été instaurés.

Historiquement, la Déclaration de Genève sur les droits de l'enfant de 1924 est le premier texte de loi d'ordre international qui stipule que « *L'humanité doit donner à l'enfant ce qu'elle a de meilleur* ⁴ ».

En accord avec la société des nations, la Déclaration des droits de l'enfant de 1959 permet d'unifier les principes universels et fondamentaux des droits de l'enfant « *L'enfant est reconnu, universellement, comme un être humain qui doit pouvoir se développer physiquement, intellectuellement, socialement, moralement, spirituellement, dans la liberté et la dignité* ⁵ ».

4 PAYCHENG Odile et SZERMAN Stéphane, *La rencontre de l'éthique, Guide des textes de référence*. 2^e édition Heures de France. Page 85

Concernant le respect des droits de l'enfant au cours de son hospitalisation, la Circulaire n°83-24⁶ du 1^{er} août 1983 cadre le parcours d'hospitalisation en respect avec les besoins des enfants et des parents. Par l'hospitalisation d'un enfant si cela se trouve être indispensable au maintien de sa santé, privilégier un accueil de qualité auprès de l'enfant et des parents, privilégier le travail en collaboration avec les parents dans la prise en charge de leur enfant...

La charte de l'enfant hospitalisé⁷ de 1988 réaffirme les droits des enfants hospitalisés au travers de dix axes centrés sur la prise en charge de la douleur, adapter l'environnement hospitalier de l'enfant...

Par la suite, la convention internationale des droits de l'enfant⁸ de 1989 est adoptée à l'unanimité par l'Organisation des Nations Unies et les dirigeants de la planète en respect avec quatre principes fondamentaux : la non-discrimination ; l'intérêt supérieur de l'enfant, le droit de vivre, survivre, se développer et le respect des opinions de l'enfant.

En vue de respecter les droits de l'enfant hospitalisé, son environnement est pris en compte par l'ensemble des soignants. Chaque acte, soins et attitudes sont adaptés et mesurés en fonction des enfants et de leurs parents.

1.3. L'impact de l'hospitalisation d'un enfant sur la sphère familiale

Etymologiquement, le terme « famille » est emprunté au latin « familia » dérivé de « famulus, serviteur, esclave » qui signifie chez les romains une réunion de serviteurs, d'esclaves appartenant à un seul individu ou attachés à un service public.

5 LE GAL Jean, *Les droits de l'enfant à l'école*. 2^e Edition De Boeck, Bruxelles, 2008. Page 45

6 Circulaire n° 83-24 du 1^{er} août 1983 relative à l'hospitalisation des enfants [en ligne] [consulté le 24/05/2017] Disponible à l'adresse : <http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-n-83-24-du-1er-aout-1983-relative-a-lhospitalisation-des-enfants/>

7 Charte européenne de l'enfant hospitalisé [en ligne]. 1988. [consulté le 15/05/2017] Disponible à l'adresse : <https://www.sparadrap.org/index.php/content/download/14385/145356/version/5/file/charte2017.pdf>

8 Convention internationale des droits de l'enfant [en ligne]. 1989. [consulté le 15/05/2017] Disponible à l'adresse : <https://www.unicef.fr/dossier/convention-internationale-des-droits-de-lenfant>

La définition du terme « famille » varie selon les époques et les auteurs. Selon Fabie DUHAMEL⁹ professeure titulaire à la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal, la famille comprend un groupe d'individus lié émotionnellement.

Lorraine WRIGHT et Maureen LEAHEY complète par « *tout un groupe qui se reconnaît en tant que famille est une famille*¹⁰ ». Elle lie les individus par des notions d'engagements et d'attachements impliquant des responsabilités réciproques de « *prendre soin* ».

Serge VALLON, docteur en psychologie et psychanalyste, définit le terme famille par « *un ensemble uni que forment les parents et leur enfant*¹¹ ». Il prend en compte cette relation interdépendante que comprend une famille par la présence d'un père, d'une mère et d'un enfant.

Antoine LEBLANC¹² psychologue éclaire la place centrale de l'enfant dans la société et dans la famille. Philippe GRANDSENNE, pédiatre indique que « *Si les enfants n'ont jamais été en aussi bonne santé, leurs parents n'ont jamais été soumis à une aussi grande angoisse qu'aujourd'hui où la moindre imperfection leur apparaît comme intolérable*¹³ ». Il en résulte que cette prise en charge se trouve être complexe par les difficultés que rencontrent les parents dans l'acceptation de la maladie de leur enfant. La maladie de son propre enfant est vécue comme une sidération et fait ressentir un sentiment de culpabilité auprès des parents. Son hospitalisation pose une rupture dans son quotidien et déstabilise la sphère familiale. Le rôle parental se trouve être bouleversé par l'environnement médical qui dicte le cours des journées.

Selon la certification 2010 de la Haute Autorité de Santé « *Tous les établissements de santé et tous les services d'hospitalisation qui acceptent d'accueillir des enfants et des*

9 DUHAMEL Fabie, *La santé et la famille : Une approche systémique en soins infirmiers*. 3^e édition Gaëtan MORIN, 2015. Page 10

10 WRIGHT Lorraine, LEAHEY Maureen, *L'infirmière et la famille : guide d'évaluation et d'intervention*. 3^e édition ERPI, 2007. Page 3

11 VALLON Serge, *Qu'est-ce qu'une famille ? Fonctions et représentations familiales*. Edition Vie sociale et traitements (VST), 2006. Pages 154-161

12 LEBLANC Antoine, *Enfance et psy, Les angoisses des parents pour la santé de leur enfant*. Edition ERES, 2009. Pages 63-70

13 GRANDSENNE Philippe, *Mon bébé en bonne santé*. Edition Hachette, 2004. Page 63

*adolescents doivent se donner les moyens de les accueillir avec leur entourage dans des conditions de sécurité, de confidentialité et de dignité adaptées à leur âge et à leur situation de confort moral et physique. L'hospitalisation ne doit pas rajouter un traumatisme à la maladie et doit permettre de maintenir le lien familial.*¹⁴ ». La présence des parents est encouragée par l'équipe de soins.

2. La relation de soin

2.1. La relation soignant-soigné

La relation est « *une rencontre entre deux personnes au moins, c'est-à-dire deux caractères, deux psychologies particulières et deux histoires. (...) D'autres facteurs interviennent dans l'établissement d'une relation : les facteurs psychologiques, les facteurs sociaux, les facteurs physiques*¹⁵ » selon Alexandre MANOUKIAN titulaire d'un diplôme d'études supérieures spécialisées de psychologie clinique, ancien enseignant en institut de soins infirmiers est psychothérapeute et formateur en milieu hospitalier.

Cette relation interdépendante asymétrique est régie par l'affect. Elles sont influencées par des facteurs psychologiques « *les valeurs personnelles, les représentations, les préjugés, les émotions, les désirs, les enjeux particuliers de cette communication*¹⁶ », des facteurs sociaux « *l'appartenance à une catégorie professionnelle, à une classe d'âge, à une culture ainsi que*

¹⁴ Enjeux et spécificités de la prise en charge des enfants et des adolescents en établissement de santé, Certification V2010 [en ligne]. 2011. [consulté le 15/05/2017] Disponible à l'adresse : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-02/20120213_guide_pec_enfant_ado.pdf

¹⁵ MANOUKIAN Alexandre avec la collaboration de MASSEBEUF Anne, *La relation soignant-soigné*. 3^e édition LAMARRE, 2008. Page 9

¹⁶ MANOUKIAN Alexandre, *La relation soignant-soigné*. 4^e édition LAMARRE, 2014. Page

les rôles et fonction de chacun...¹⁷ », ainsi que des facteurs physiques « les perceptions propres à chacun, l'aspect physique...¹⁸ ».

La profession infirmière place la relation soignant-soigné au centre du soin. Elle permet de favoriser l'échange mutuel pouvant être une source d'information essentielle à la prise en charge. Cette place centrale dans le soin est confirmée par Monique FORMARIER¹⁹, enseignante à l'Institut international supérieur de formation des cadres de santé de Lyon en 1988 et rédactrice de la revue recherche en soins infirmiers en 2010. C'est l'interaction de deux personnes qui demande l'adaptation continue des attitudes fondamentales des soignants par la disponibilité, l'écoute, le respect et la congruence. Elles sont le pilier de la relation soignant-soigné.

2.2. La relation de maternage

Le terme « materner » est la fonction de « prendre soin » dit « caring » impliquant une action de soin. Cette notion de « maternage » est développée par Michel DEHAN et Didier LACOMBE²⁰ comme un processus indispensable au bon développement psychosocial de l'enfant. C'est une relation interdépendante qui comprend trois actions. Le « *holding* » est la manière dont l'enfant est porté physiquement et psychiquement. Cela permet d'assurer la sécurité physique et affective auprès de l'enfant. C'est la toute-puissance infantile qui lui laisse à penser que c'est lui créé les bons soins. Puis, le « *handling* » qui concerne la manière dont l'enfant est soigné, traité et manipulé. Il relie son vécu psychique et corporel qui est régulé par la mère. Pour finir, « *l'object-presenting* » est la présentation du monde extérieur par la mère. Cette première approche qu'elle lui apporte lui permet de mieux appréhender ce monde extérieur en toute sécurité.

17 MANOUKIAN Alexandre, *La relation soignant-soigné*. 4^e édition LAMARRE, 2014. Page 77

18 MANOUKIAN Alexandre, *La relation soignant-soigné*. 4^e édition LAMARRE, 2014. Page 77

19 FORMARIER Monique et JOVIC Ljiljana, *Les concepts en sciences infirmières*. 2^eème édition de l'association de recherche en soins infirmiers (ARSI), 2012.

20 DEHAN Michel et LACOMBE Didier, *Les jumeaux et leur pédiatre*. Editions DOIN, 2009. Page 125

John BOWLBY²¹ (1907-1990) psychiatre et psychanalyste anglais, développe la théorie de l'attachement qui participe au développement socio-émotionnel de l'enfant basé sur la qualité des interactions avec les parents. De la naissance à 8-12 semaines, il manifeste son besoin de proximité par la relation non discriminante ; jusqu'à 6 à 8 mois, il devient sélectif autour d'une personne préférée ; de 8 à 18 mois, il manifeste une préférence pour la personne hiérarchique. Il démontre l'importance de la construction de l'enfant au travers des liens à la personne.

Le rôle de parent est particulier, c'est à eux qu'incombe l'installation d'un environnement « *suffisamment bon* » pour l'enfant. Ce concept est rejoint par les recherches effectuées par Donald Woods WINNICOTT²² (1896-1971), pédiatre et psychanalyste britannique. Ils ont la responsabilité de garantir le développement de l'enfant en toute sécurité. Cette sensibilité parentale est développée par LACHARITE en quatre phases: « *la détection des signaux émis par l'enfant, la signification juste et appropriée des signaux, la sélection d'une réponse juste et appropriée aux signaux et l'application rapide de la réponse sélectionnée*²³ ». Elle permet de favoriser le développement de l'enfant par un processus d'individualisation par l'acquisition du « *self* ». Qui consiste à acquérir sa propre autonomie et sa propre identité.

2.3. La relation triangulaire

La prise en charge des enfants est différente de celle des adultes selon Donald Woods WINNICOTT²⁴. L'implication des parents y est systématique contrairement à la prise en charge des adultes. La notion de triade naît de cette relation spécifique au service de pédiatrie qui

21 BOWLBY John, *Attachement et perte. : Volume 1, L'attachement*. Edition Presses Universitaires de France, 2011. ISBN : 978-2-1305-2922-4

22 WINNICOTT Donald Woods et KALMANOVITCH Jeannine, *Processus de maturation chez l'enfant : développement affectif et environnement*. Edition Payot, 1980.

23 LACOMBE Marie et BELL Linda, *L'infirmière clinicienne, L'attachement parent(s)-enfant : un défi pour la pratique infirmière lors de la visite postnatale*. Vol.3, 2006. Page 13

24 WINNICOTT Donald Woods et KALMANOVITCH Jeannine, *Processus de maturation chez l'enfant : développement affectif et environnement*. Edition Payot, 1980.

comprend l'enfant, les parents et le soignant. Cette prise en charge triangulaire demande l'investissement de tous les acteurs de soins qui se trouve être l'enfant, la mère, le père et les soignants *« Dans ce contexte, la traditionnelle relation soignant/soigné devient une relation triangulaire, une triade dans laquelle idéalement tous les acteurs sont en relation les uns avec les autres²⁵ »*.

Les parents ont une place privilégiée. Ils sont à même d'identifier le changement de comportement et d'attitude de leur enfant. Ils permettent d'apporter un savoir intuitif sur les besoins de leur enfant. Par leurs connaissances expertes de leur enfant (habitudes de vie, antécédents médicaux et chirurgicaux...), les parents occupent une place centrale. Ils sont des partenaires de soins de qualité. Ce sont de réelles compétences indispensables dans la prise en charge de leurs enfants. Cette alliance thérapeutique permet de garantir une prise en charge de qualité et personnalité, tourné vers les besoins de l'enfant.

3. Les émotions dans le soin

3.1. Définition des émotions

Etymologiquement le terme émotion est composé du verbe latin « motere » qui veut dire se « mouvoir » et du préfixe « é » qui indique un mouvement vers l'extérieur. Il exprime une tendance à agir vers l'extérieur.

Selon le dictionnaire de la psychologie *« les émotions sont des constellations de réponses de forte intensité qui comportent des manifestations expressives physiologiques et subjectives typiques qui s'accompagnent généralement de tendances d'action caractéristiques et s'inscrivent en rupture de continuité par rapport au processus qui était en cours chez le sujet au moment de leur apparition²⁶ »*.

25 WANQUET THIBAUT Pascale, *Les aidants naturels auprès de l'enfant à l'hôpital : La place des proches dans la relation de soins*. Chapitre 4: Les besoins de la triade enfant/parents/soignants. Edition Elsevier Masson, 2008. Page 51

26 BLOCH Henriette, *Grand dictionnaire de psychologie*. Edition Larousse, 2002.

Pour Norbert SILLAMY, psychologue et psychanalyste « *l'émotion est une réaction globale, intense de l'organisme à une situation inattendue accompagnée d'un état affectif de tonalité pénible ou agréable*²⁷ ».

Didier ANZIEU, R.DORON et F.PAROT définissent « *l'émotion est un état particulier survenant dans des conditions indéfinies (une situation émotionnelle) accompagnée d'une expérience subjective et de manifestations somatiques et viscérale*²⁸ ».

Elles sont omniprésentes dans notre quotidien et indispensables à notre raisonnement, à l'élaboration du comportement et de la pensée. Nos expériences personnelles et professionnelles définissent notre vision de ce qui est bon ou mauvais. Elle est propre à chacun et se manifeste de façon différente, que ce soit : subjectives, physiologiques (réaction du corps) et expressives (notre manière de réagir). Ces réactions émotionnelles peuvent être un handicap. Anne CHERRET DE LA BOISSIERE, Caroline DELABROY²⁹ appuie l'importance de les comprendre et de les accepter car cela nous permet de mieux les appréhender et les gérer dans notre quotidien.

3.2. Les principales émotions

De nombreuses recherches ont été effectuées par des chercheurs qui ne s'accordent pas dans sur une définition commune du terme de « l'émotion ». Charles DARWIN³⁰ (1809-1882) naturaliste anglais et auteur de la théorie de la descendance, développe six émotions dites primaires ou darwiniennes : la peur, la joie, le dégoût, la tristesse, la colère et la surprise.

La tristesse, « *la circulation s'alanguit, le visage pâlit, les muscles se détendent, les paupières s'abaissent, la tête se penche sur la poitrine oppressée, les lèvres, les joues et la*

27 SILLAMY Norbert, *Dictionnaire de psychologie*. Edition Larousse, 2000.

28 ANZIEU Didier, R.DORON et F.PAROT, *Dictionnaire de psychologie*. Edition Larousse, 2002.

29 CHERRET DE LA BOISSIERE Anne et DELABROY Caroline, *Positionnez vos émotions au travail*. Edition ESF, 2012.

30 MAURY Liliane, *Philosophies, Les émotions de Darwin à Freud*. Edition Presses Universitaires de France, 1993. Pages 5-17

mâchoire inférieure s'affaissent sous leur propre poids³¹ ». Elle engendre une perte d'énergie dans la vie au quotidien.

La joie, « par suite de la rétraction en arrière et de l'élévation des commissures par la contraction du grand zygomatique, et de l'élévation de la lèvre supérieure, les joues sont aussi entraînées vers le haut. Il se forme des plis au-dessous des yeux³² ».

La colère, « sous l'empire d'une colère médiocrement intense, l'action du cœur se surexcite légèrement, le visage se colore et les yeux brillent. Dans une vive colère, les yeux sont farouches, les sourcils sont abaissés et énergiquement froncés, les lèvres sont serrées³³ ». Elle sécrète massivement l'adrénaline qui est une hormone nécessaire à une action vigoureuse dans l'urgence.

La peur apparentée à la crainte « le mot fear (frayeur, crainte) paraît dériver étymologiquement des termes qui répondent aux notions de soudaineté et de péril³⁴ ». Elle fait sécréter de nombreuses hormones qui permettent d'alerter face à un danger imminent.

La surprise, « lorsque l'attention est provoquée subitement et vivement, elle se transforme en surprise ; celle-ci passe à l'étonnement, qui conduit lui-même à la stupéfaction et à l'effroi. Ce dernier état d'esprit touche de bien près à la terreur. La surprise se manifeste à la fois et simultanément, par une élévation énergique des sourcils, qui permettent une large ouverture des yeux et une ouverture large de la bouche. (...) L'élévation des sourcils pourrait permettre d'avoir un champ de vision plus large, et l'ouverture de la bouche de respirer tranquillement et silencieusement³⁵ ». Elle permet d'élargir le champ visuel et de mieux analyser l'environnement pour mieux l'évaluer et y adapter une action adaptée.

31 MAURY Liliane, Philosophies, *Les émotions de Darwin à Freud*. Edition Presses Universitaires de France, 1993. Pages 5-17

32 MAURY Liliane, Philosophies, *Les émotions de Darwin à Freud*. Edition Presses Universitaires de France, 1993. Pages 5-17

33 MAURY Liliane, Philosophies, *Les émotions de Darwin à Freud*. Edition Presses Universitaires de France, 1993. Pages 5-17

34 MAURY Liliane, Philosophies, *Les émotions de Darwin à Freud*. Edition Presses Universitaires de France, 1993. Pages 5-17

Le dégoût, «dans son acception la plus simple, s'applique à toute sensation qui offense le sens du goût. Il est curieux de voir combien ce sentiment est provoqué avec facilité par tout ce qui sort de nos habitudes, dans l'aspect, l'odeur, la nature de notre nourriture³⁶ ».

3.3. La place des émotions dans les soins

Dans les années 1990, le professeur Antonio DAMASIO³⁷ responsable du département de neurologie de l'université de l'IOWA (Etats-Unis) considère que ces émotions sont indispensables aux décisions rationnelles. Suite à des travaux de recherche sur la compréhension des émotions. Il démontre que c'est un phénomène qui participe aux processus vitaux d'un individu. Sans elles, il est impossible de vivre en société, prendre une décision bénéfique pour soi. Cette absence d'émotion empêche l'être humain d'être cohérent et rationnel. C'est un processus émotionnel déclenché par un stimulus externe ou interne agissant sur le cerveau. Elle peut être irrationnelle d'où une réaction immédiate et instinctive basée sur la mémoire émotionnelle. Si elle fait appel au cortex, c'est le lieu de réflexion d'où une réaction rationnelle qui permettra d'avoir une adaptation et une réaction plus réfléchie.

Travailler auprès de l'humain engendre des émotions. Elisabeth MAUREL-ARRIGHI³⁸ constate que les émotions des soignants non contrôlées peuvent les submerger et impacter dans leur travail au quotidien. Elles nourrissent notre motivation, nous aident à communiquer, à prendre une décision et à nous alerter sur une situation. Dominique FRIARD³⁹ infirmier de secteur psychiatrique à l'hôpital de LARAGNE, titulaire d'une maîtrise de Santé Mentale, d'un

35 MAURY Liliane, Philosophies, *Les émotions de Darwin à Freud*. Edition Presses Universitaires de France, 1993. Pages 5-17

36 MAURY Liliane, Philosophies, *Les émotions de Darwin à Freud*. Edition Presses Universitaires de France, 1993. Pages 5-17

37 CHERRET DE LA BOISSIERE Anne et DELABROY Caroline, *Positionnez vos émotions au travail*. Edition ESF, 2012.

38 MAUREL-ARRIGHI Elisabeth, *Pratiques : les cahiers de la médecine utopique*. Les émotions dans le soin. 2002. Pages 3-6

39 FRIARD Dominique, *Dossier : vécu des émotions, Santé mentale*. L'intelligence émotion. 2013. Numéro 177. Page 6

Diplôme d'Etudes Approfondies de Droit Médical et un doctorat en Psychologie. Il affirme que l'intelligence rationnelle est le « *savoir détecter* » et « *savoir le prendre en compte* ». Elles ont pour but de mettre en place un projet de soins personnalisé en lien avec le patient. Elles sont un moteur d'action qui influence nos réactions, nos choix, nos décisions ce qui nous permet d'orienter nos soins et d'agir correctement.

Dana CASTRO, Directrice et enseignante à l'Ecole des psychologues praticiens, Psychologue clinicienne et psychothérapeute identifie des émotions pouvant perturber l'ensemble du système familial tel que la tristesse, la colère, la sidération et l'incompréhension. Elles peuvent impacter l'hospitalisation de l'enfant si elles ne sont pas contrôlées. Cela ayant pour conséquence un retentissement à double effet, porté directement sur l'enfant et indirectement auprès de la famille et des proches. Cela soulève la notion de « *l'intelligence émotionnelle* ». La connaissance et l'acceptation de ses propres émotions permettent de mieux les gérer. Les utiliser à bon escient permet d'avoir une meilleure approche des relations humaines qui dans le milieu hospitalier se trouve être accentuée.

IV. ENQUETE EXPLORATOIRE

1. Méthodologie de l'enquête exploratoire

L'objectif de l'enquête est basé sur les répercussions des émotions sur les soignants dans les services de pédiatrie. Pour ce travail de recherche, j'ai choisi d'effectuer des entretiens semi-directifs. J'ai réalisé cette phase exploratoire sous forme de questions ouvertes auprès des professionnels de santé au regard de leurs expériences professionnelles.

Dans un premier temps, j'ai préparé les entretiens. Des concepts en lien avec la situation d'appel seront approfondis et analysés. Ils donnent suite à mes différentes lectures et recherches effectuées à l'aide de divers supports : sites internet, ouvrages, revues, articles...

J'ai réalisé « un guide d'entretien » ayant pour objectif de structurer les échanges dans le cadre de ma recherche. Il est composé de questions ouvertes prédéfinies (technique qualitative de recueil d'informations) issues de ma question de départ et de questions de relances qui me permettront d'approfondir les propos des professionnels de santé.

Je risque d'être confrontée à certaines difficultés lors des entretiens effectués auprès des professionnels de santé. Le sujet « des émotions » touche à l'intimité de chaque soignant. Les réponses dépendront du climat de confiance que j'aurai instauré avec la population soignée choisie.

Je proposerai aux soignants d'enregistrer les entretiens à l'aide d'un micro ce qui me permettra de faciliter l'écoute active et les échanges dans de bonnes conditions. La retranscription des entretiens me permettra d'apporter une analyse complète. La prise de notes de mots importants aura pour but de relancer et approfondir certains propos des soignants.

Concernant le choix de la population, j'ai déterminé plusieurs paramètres pour interroger les infirmiers des services de pédiatrie telle que l'âge, l'année de diplômes et l'expérience différente. Ainsi, je pourrai analyser les données par rapport à mon sujet de recherche « les émotions ».

J'ai pu rencontrer des difficultés lors de mes entretiens effectués auprès des infirmiers du service de pédiatrie. En premier lieu, les interruptions ont été nombreuses. De par la responsabilité de l'infirmière dans la prise en charge de son secteur de soin, nous avons

effectué les entretiens avec la porte de la salle ouverte. Cela a eu pour conséquence la perte du fil conducteur de l'entretien. En second lieu, le manque de précision dans les réponses des infirmiers. J'ai utilisé mes questions de relance ainsi que la reformulation afin d'approfondir les propos tenus par l'infirmier. Pour finir, j'ai été submergé par les émotions de l'infirmière A. Elle avait un discours hésitant, utilisant des répétitions de mots, fuyante dans ses réponses et son regard. Au cours de cet échange, l'infirmière s'est mise à pleurer. J'ai ressenti un malaise, un sentiment de culpabilité de l'avoir poussé dans ces retranchements. J'ai décidé seule de changer de sujet afin de terminer notre entretien. J'aurais dû lui proposer de poursuivre notre échange sur ce sujet qui aurait sûrement été une source d'information importante.

2. Présentation des résultats bruts

Les enquêtes ont été effectuées auprès de quatre infirmières travaillant au sein des services de pédiatrie.

Partie 1 : L'hospitalisation de l'enfant

Question 1 : Pouvez-vous me décrire la prise en charge des enfants dans votre service ?

- Pour l'ensemble des infirmières, l'accueil des enfants et des parents s'effectue toujours dans la salle de soins.
- Trois infirmières effectuent un recueil de données à l'entrée de l'enfant dans la salle de soins.
- Trois infirmières indiquent qu'elles installent les enfants dans leurs chambres.

Des parents ?

- Elles se rejoignent toutes sur le fait que les parents peuvent rendre visite à leur enfant à tout moment de la journée et de la nuit.
- Elles indiquent toutes sur le fait qu'un seul parent est autorisé à rester la nuit lors de l'hospitalisation de leur enfant.
- Deux infirmières demandent la présence d'un seul parent dans la salle de soins lors de l'accueil dans le service de pédiatrie.
- Deux infirmières acceptent la présence des deux parents dans la salle de soins au cours de l'accueil dans le service de pédiatrie.

De la fratrie ?

- Aucune infirmière n'autorise la présence de la fratrie dans la salle de soins au cours de l'accueil dans le service de pédiatrie.
- Deux infirmières témoignent de l'investissement de la chambre de l'enfant hospitalisé par ces frères et sœurs.
- Une infirmière indique autoriser les visites de la fratrie seulement l'après-midi.

Question 2 : Quel est l'impact de l'hospitalisation d'un enfant sur la vie familiale ?

Quelles sont les réactions de l'enfant ? Des parents ? De la fratrie ?

- Deux infirmières ne constatent aucun impact sur la vie familiale au cours de l'hospitalisation de l'enfant.
- Une infirmière constate que l'hospitalisation de l'enfant engendre une réorganisation de la vie familiale.
- Une infirmière parle de « *cocon familial* » dans la chambre d'hospitalisation de l'enfant.

Question 3 : Quelles difficultés avez-vous relevé dans la prise en charge des enfants ?

Pouvez-vous me donner des exemples ?

- Elles se rejoignent toutes sur l'impact de l'inquiétude des parents sur la prise en charge des enfants.

Partie 2 : La relation soignant-soigné

Question 1 : En général, quelle place ont les parents dans la prise en charge de leur enfant ?

- Une infirmière désigne la présence des parents dans la prise en charge de leur enfant comme « *une triade* ».
- Deux infirmières insistent sur l'importance du rôle des parents dans la prise en charge de leur enfant.
- Une infirmière définit la place des parents comme « *des partenaires de soins* » dans la prise en charge de leur enfant.
- Trois infirmières utilisent les termes « *papa, maman* » dans leurs discours.

La famille ?

- Deux infirmières respectent les heures de visites pour la famille de l'enfant hospitalisé.

- Deux infirmières expriment la présence des grands-parents lors de l'hospitalisation de leur petit enfant.
- Elles se rejoignent sur le fait que la famille n'est pas acceptée pendant les soins prodigués auprès de l'enfant.

Les soignants ?

- Elles constatent qu'elles ont un rôle dans l'accompagnement des parents et des enfants

Question 2 : Quelle prise en charge mettez-vous en place lors de l'hospitalisation d'un enfant seul (*absence des parents*)?

- Deux infirmières adoptent une juste distance professionnelle avec la prise en charge de l'enfant seul au cours de son hospitalisation.
- Deux infirmières confirment ne pas adopter une juste distance professionnelle avec l'enfant seul au cours de son hospitalisation.
- Une infirmière insiste sur l'importance de la « *personne référente* » au cours de l'hospitalisation d'un enfant seul.
- Trois infirmières apportent l'importance du contact dans la prise en charge des enfants hospitalisés seules.
- Deux infirmières adoptent un comportement de maternage dans la prise en charge d'un enfant seul.

Quel impact cela a-t-il sur votre organisation ?

- Elles se rejoignent dans la nécessité de mettre en place une organisation spécifique lors de la prise en charge d'un enfant seul.
- Elles affirment ne pas constater de bouleversement dans leur travail.
- Toutes les infirmières mettent en place un travail d'équipe dans l'organisation du travail au cours de la prise en charge d'un enfant seul.

Question 3 : Comment mettez-vous en place une relation de confiance avec l'enfant ?

- Trois infirmières utilisent la technique de jeu dans le but de mettre en place une relation de confiance avec l'enfant.
- Une infirmière exprime l'importance de « *la personne de référente* » auprès des enfants dans le but d'installer une relation de confiance.

Avec les parents ?

- Toutes les infirmières affirment l'importance des attitudes fondamentales des soignants dans la mise en place d'une relation de confiance avec les parents.
- Une infirmière exprime l'importance de « *la personne référente* » dans le but de mettre en place une relation de confiance avec les parents.
- Une infirmière affirme la demande des parents d'une « *qualité des soins* » auprès de leur enfant.

Quelles difficultés rencontrez-vous ?

- Une infirmière témoigne des difficultés de la mise en place d'une relation de confiance si elle a été préalablement perdue.
- Trois infirmières témoignent que l'inquiétude et le stress des parents rendant difficile l'instauration d'une relation de confiance.

Partie 3 : les émotions

Question 1 : Dans votre mission de soignant, quelle place prennent les émotions ?

- Toutes les infirmières témoignent que les émotions sont omniprésentes dans la prise en charge des enfants et des parents.
- Une infirmière affirme que les émotions sont « *importantes* ».

Pouvez-vous les quantifier ?

- Une infirmière exprime la présence d'un « *curseur* » qui permet de quantifier les émotions.
- Une infirmière exprime le fait de « *diminuer la soupape de la cocote minute* ».
- Deux infirmières ne comprennent pas la question.

Question 2 : Quel contexte favorise vos émotions ?

- L'ensemble des infirmières expriment que les situations d'urgence engendrent le plus souvent des émotions.

Pouvez-vous me décrire les plus fréquentes ?

- Toutes les infirmières se rejoignent sur la colère qui se trouve être la plus présente dans la prise en charge des enfants en service de pédiatrie.
- Elles confirment toutes que cela se manifeste par des attitudes de colère de la part des parents.

La peur

- Une infirmière témoigne de l'angoisse de faire mal lorsqu'elle effectue un soin identique à l'adulte auprès d'un enfant.

- Une infirmière éprouve de la peur et du stress face à un danger lors de l'aggravation de l'état de santé d'un enfant.

La tristesse

- Deux infirmières confirment l'expression physique de la tristesse.
- Une infirmière exprime la douleur physique que la tristesse peut engendrer.
- Trois infirmières témoignent de la douleur psychique que la tristesse engendre.

La colère

- Quatre infirmières ont remarqué que l'attitude des parents par le verbal, le non verbal et le para verbal montre la colère.

Question 3 : Quels moyens mettez-vous en place pour la gestion de ces émotions ?

- Deux infirmières discutent avec leur époux sur les émotions ressenties au cours de leur temps de travail.
- Deux infirmières se tournent auprès de la psychologue du service pour échanger sur certaines émotions qui peuvent les questionner.
- Trois infirmières mettent en place des barrières qui leur permettent de gérer au mieux leurs émotions.
- Trois infirmières utilisent les différents mécanismes défenses dans la gestion de ses propres émotions.
- Trois infirmières rencontrent des difficultés dans la mise en place d'une juste distance avec ces propres émotions.
- Trois infirmières confirment que l'expérience permet de mieux gérer ces propres émotions.
- Deux infirmières intériorisent leurs émotions quand cela est difficilement gérable.
- Trois infirmières se disent marquées par les émotions engendrées par des situations, des personnes et des histoires de vie.
- Toutes les infirmières confirment que certaines émotions les affectent ce qui rend difficile leurs gestions au quotidien.

En équipe ?

- L'ensemble des infirmières se rejoignent sur l'importance de discuter en équipe de ses propres émotions.

V. ANALYSE

Dans le cadre mon mémoire de fin d'études en soins infirmiers, j'ai effectué des entretiens auprès de quatre infirmières dont deux spécialisés en puériculture travaillant au sein d'un service de pédiatrie. Ce choix du lieu des enquêtes est en lien avec ma situation de départ. Elle a engendré de nombreux questionnements ainsi que de recherches qui ont permis de faire découler ma question de départ : **En quoi les émotions peuvent-elles impacter les infirmiers lors de la prise en charge des enfants au sein des services de pédiatrie?**

J'y ai pu interroger deux profils d'infirmières. Les infirmières A et B se rejoignent sur le cursus de formation infirmière puéricultrice. Elles ont la même tranche d'âge 20-30 ans. Une différence est notable dans l'expérience professionnelle plus importante pour l'infirmière A de

huit ans contre deux années pour l'infirmière B. Elles ont une situation familiale différente, l'infirmière A n'est pas en couple et n'a pas d'enfant alors que l'infirmière B est mariée et a un enfant en bas âge. Concernant les infirmières C et D, elles occupent le même poste. Elles ont une expérience en service de pédiatrie et une situation familiale (marié avec des enfants adultes) similaire. On constate une différence dans le parcours professionnel, l'infirmière C a été infirmière dans l'armée alors que l'infirmière D a toujours occupé un poste d'infirmière en service de pédiatrie. Toutes ces données seront confrontées à mon cadre de référence qui me permettra d'apporter une analyse de qualité.

La prise en charge des enfants dans un service de pédiatrie

L'ensemble des infirmières confirme la spécificité du service de pédiatrie. Des connaissances sont indispensables à l'apport de soins auprès des enfants. Ils doivent être adaptés à son âge et à sa personnalité. L'apport des deux approches philosophiques précédemment développées dans le cadre de référence d'Henri WALLON⁴⁰ et Jean PIAGET⁴¹ permettent de donner une direction dans les soins.

Les représentations de l'univers hospitalier engendrent toujours de la peur et du stress chez les usagers. L'hospitalisation peut être vécue comme un choc par l'enfant et les parents. Leur accueil dans une salle de soins est une étape importante selon le témoignage de l'ensemble des infirmières. Cet espace est aménagé de manière à faciliter l'approche des soins de l'enfant par des stickers d'animaux, des jeux et des instruments de soins de couleurs et de formats attrayants. Dans cet objectif, la certification V2010 de la Haute Autorité de Santé stipule que « *Les enfants et les adolescents doivent être hospitalisés dans une structure où les locaux et matériels sont adaptés aux différentes classes d'âge, où les compétences nécessaires en pédiatrie sont présentes ... pour prendre en charge les enfants⁴²* ». Pour contribuer à

40 WALLON Henri, *L'enfant ne fait que vivre son enfance. La connaître appartient à l'adulte. Mais qui va l'emporter dans cette connaissance, le point de vue de l'adulte ou celui de l'enfant ?* Les origines de la pensée chez l'enfant. Edition des Presses Universitaires de France, 1945.

41 PIAGET Jean, *Le développement psychosocial est subordonné au développement spontané et psychologique. Six études de psychologie génétique.* Edition Folio, 1987.

42 Enjeux et spécificités de la prise en charge des enfants et des adolescents en établissement de santé, Certification V2010. [en ligne] 2011. [consulté le 15/05/2017] Disponible à l'adresse : <http://www.has->

baisser cette appréhension, un livret d'accueil est remis à chaque parent lors de l'hospitalisation de leur enfant. L'arrêté du 15 avril 2008⁴³ permet de règlementer son contenu. C'est un support d'informations sur les droits des usagers, l'organisation du service, les heures de visites, le plan de l'établissement... Cet outil est appuyé par différents sites internet, dont celui du centre hospitalier et ceux spécifiques à la pédiatrie comme « sparadrap » et « pediadol ». Ils apportent des informations complémentaires adaptées aux enfants et aux parents au travers de bande dessinées, dessins, schémas et témoignages. Toutes ces actions sont appuyées par de nombreux décrets, lois, circulaires et chartes qui ont été instaurés dans ce même but. Cela montre l'implication de la société à prendre en compte les besoins des enfants et de leurs parents.

En respect avec l'article 5 de la circulaire du 1er août 1983, relative à hospitalisation des enfants qui permet aux parents de « *pouvoir assister aux soins médicaux et infirmiers s'ils le souhaitent et si, à l'expérience, leur présence ou leur comportement ne s'avère pas gênant*⁴⁴ ». Leur présence dans la salle de soins y est encouragée selon deux des infirmières interrogées. Elles s'adaptent dans le but de maintenir le bien-être de l'enfant. Ils ont un rôle indispensable dans la prise en charge de leur enfant selon deux infirmières interrogées. Leur place y est privilégiée par l'ensemble des infirmières. Elles favorisent leurs installations et leurs autonomies par la mise à disposition d'une couchette et d'une salle des parents. Dans ce même but, les heures de visites ne sont pas applicables. L'article 2 de la Charte européenne de l'enfant hospitalisé de 1988 précise que « *Un enfant hospitalisé a le droit d'avoir ses parents ou leur substitut auprès de lui jour et nuit, quel que soit son âge ou son état*⁴⁵ ». Elle est

sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-02/20120213_guide_pec_enfant_ado.pdf

43 Arrêté du 15 avril 2008 relatif au contenu du livret d'accueil des établissements de santé, ministère de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative. [en ligne] 2008. [consulté le 15/05/2017] Disponible à l'adresse : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000018787636>

44 Charte européenne de l'enfant hospitalisé [en ligne] 1988. [consulté le 27/05/2017] Disponible à l'adresse : https://www.pediadol.org/IMG/pdf/U2012_soignants_parents.pdf

45 Législation, les textes, la « Charte de l'enfant hospitalisé » en France et dans d'autres pays européens [en ligne] 2004. [consulté le 25/05/2017] Disponible à l'adresse : https://www.sparadrap.org/content/download/17950/183515/version/1/file/Textes_droits_enfants_hospital_Rosenberg_2004.pdf

complétée par la Charte de la personne hospitalisée qui indique que «*Tout enfant hospitalisé dans un service de pédiatrie doit pouvoir bénéficier de la visite de son père, de sa mère ou de toute autre personne s'occupant habituellement de lui, quelle que soit l'heure, y compris la nuit, pour autant que la présence du visiteur n'expose ni lui-même, ni l'enfant à un risque sanitaire, en particulier à des maladies contagieuses*⁴⁶ ». La circulaire Schémas Régional d'Organisation Sanitaire de 2004 rappelle que «*Les établissements doivent veiller à favoriser la présence des parents auprès de leur enfant, y compris la nuit. A cette fin, des chambres permettant à un accompagnant de rester auprès de l'enfant durant son séjour doivent être conçues. Si toutes ces chambres sont occupées ou si le service n'en est pas équipé, il convient néanmoins de s'organiser pour accueillir les parents qui le souhaitent*⁴⁷ ». Au regard des difficultés que peuvent rencontrer certains établissements de soins dans l'hébergement des parents, des « maisons des parents » ont été créées : les maisons de parents adhérentes à la Fédération Nationale des Etablissements d'Accueil pour Familles d'Hospitalisés ainsi que les maisons de parents de la fondation Ronald McDonald's. L'accès et le coût sont soumis à certaines conditions (ressources financières...). Pour maintenir ce lien avec leurs enfants hospitalisés, ces structures sont construites proches des grands hôpitaux de France.

Les parents ont une sensibilité parentale par leur savoir intuitif et inné des besoins de leur enfant. LACHARITE décrit leurs compétences par «*la détection des signaux émis par l'enfant, la signification juste et appropriée des signaux, la sélection d'une réponse juste et appropriée aux signaux et l'application rapide de la réponse sélectionnée*⁴⁸ ». Cela les amène à avoir une place particulière, c'est-à-dire «*des partenaires de soin* » clés selon les propos de l'infirmière A.

46 Usagers, vos droits Charte de la personne hospitalisée [en ligne] [consulté le 25/05/2017] Disponible à l'adresse : http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/charte_a4_couleur.pdf

47 Circulaire DHOS/O1/DGS/DGAS n° 2004-517 du 28 octobre 2004 relative à l'élaboration des SROS de l'enfant et de l'adolescent, Ministère de la santé et de la protection sociale. [en ligne] 2004. [consulté le 18/05/2017] Disponible à l'adresse : <http://social-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2004/04-52/a0523394.htm>

48 LACOMBE Marie et BELL Linda, L'infirmière clinicienne, *L'attachement parent(s)-enfant : un défi pour la pratique infirmière lors de la visite postnatale*. Vol.3, 2006. Page 13

Pour optimiser leur prise en charge, le recueil de données est une étape particulièrement importante selon les dires de trois infirmières. Il est à relever auprès des parents et des enfants lorsqu'ils sont en âge de communiquer. Les données recueillies peuvent être de natures subjectives (relever les informations auprès du malade et de sa famille) et/ou objectives (ce qui découle de l'observation infirmière sur l'état clinique du patient faisant suite à divers examens). Cette collecte d'informations est « *un élément fondamental de la qualité de soins*⁴⁹ » qui permet de planifier les actes infirmiers en lien avec les besoins de l'enfant. L'article R. 4311-1 du décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004 du code de la santé publique décrit « *L'exercice de la profession d'infirmier ou d'infirmière comporte l'analyse, l'organisation, la réalisation de soins infirmiers et leur évaluation, la contribution au recueil de données cliniques et épidémiologiques et la participation à des actions de prévention, de dépistage, de formation et d'éducation à la santé*⁵⁰ ».

Son hospitalisation a un impact sur la vie familiale selon deux infirmières interrogées. Les parents et les enfants apportent une attention particulière à l'installation en chambre qui est rejoint par trois infirmières. L'infirmière B insiste cet espace qui se trouve être un « *cocon familial* ». C'est un environnement privilégié et sécurisé que personnalise la famille avec les effets personnels de l'enfant hospitalisé. Ils recréer l'environnement familial par la présence de doudous, couvertures, photos, jouets, mobiles... L'infirmière C rejoint cette idée en appuyant sur le fait que « *c'est leur chambre* ». L'ensemble des infirmières interrogées se rejoignent sur la nécessité que la fratrie et la famille ne soient pas présentes lors des soins. Les grands-parents sont plus présents aux dires de deux infirmières. D'où cette nécessité d'expliquer et de faire respecter les heures de visites selon deux infirmières.

La notion de « *triade* » est abordée par l'infirmière B. Cette notion naît au sein des services de pédiatrie. Cette relation spécifique comprend l'enfant, les parents et le soignant. « *Dans ce contexte, la traditionnelle relation soignant/soigné devient une relation triangulaire, une triade dans laquelle idéalement tous les acteurs sont en relation les uns avec*

49 La collecte des données base de toute intervention infirmière. [en ligne] 2012. [consulté le 24/05/2017] Disponible à l'adresse : <http://www.prendresoin.org/?p=940>

50 Article R. 4311-1 du décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004 du code de la santé publique. [en ligne] 2004. [consulté le 26/05/2017] Disponible à l'adresse : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000421679&categorieLien=id>

*les autres*⁵¹ ». Cette prise en charge triangulaire demande l'investissement de tous les acteurs de soins.

Qu'elle place pour le soignant ? Les quatre infirmières rejoignent leur position d'accompagnement des enfants, des parents et des familles. « *Accompagner serait aller avec... partir de l'autre et pas de soi... aller avec évoque un professionnel qui se déporte vers le chemin de l'autre. Il est là, présent, permettant qu'un autre traverse l'épreuve, le moment, l'évènement*⁵² ». Ce terme prend tout son sens dans le soin qui selon Marie-Françoise COLLIÈRE « *soigner, (c'est) accompagner les grands passages de la vie*⁵³ ». Les différents savoirs dont le savoir, le savoir-être et le savoir-faire permettent aux infirmiers d'adapter leur propre pratique et leur posture professionnelle. L'intérêt étant d'apporter des soins de qualité dans le respect des patients pris en charge.

La prise en charge d'un enfant seul, sans la présence des parents est difficile selon deux des infirmières interrogées. Les propos tenus par l'infirmière B reflètent les difficultés rencontrées dans ce maintien de la juste distance professionnelle par le fait qu'« *on est humain et maman avant tout, je veux dire un enfant seul on va le coucouner* ». Elle le voit « *comme si c'était notre enfant* ». L'infirmière B partage sa vision par « *on est humain et maman avant tout* ». Contrairement aux infirmières C et D qui intègrent la perspective qu'elles ont un statut de soignant et non de parents auprès de ces enfants. Exprimée par l'infirmière C qui « *sais que ce n'est pas notre enfant* » « *sais que c'est pas mon bébé... ne vas pas aller trop loin non plus* ». Elles confirment ne pas vouloir prendre la place des parents d'où l'intérêt de savoir se poser des limites en accords avec sa conscience professionnelle et personnelle.

Trois infirmières amènent l'importance du contact dans le développement de l'enfant par des « *papouilles* », « *caresses* »... Elles rejoignent les notions qu'aborde la théorie de

51 WANQUET THIBAUT Pascale, *Les aidants naturels auprès de l'enfant à l'hôpital : La place des proches dans la relation de soins*. Edition Elsevier Masson, 2008. Page 51

52 CIFALI Mireille et ANDRE Alain, *Ecrire l'expérience vers une reconnaissance des pratiques professionnelles*. Edition Presses Universitaires de France, 2007, Paris. Page 45

53 COLLIÈRE Marie-Françoise, *Soigner... Le premier art de la vie*. 2^e édition Masson, 2001. Page 21

l'attachement au développement socio-émotionnel de l'enfant basé sur la qualité des interactions avec les parents par John BOWLBY⁵⁴ (1907-1990) psychiatre et psychanalyste anglais. Deux infirmières amènent le concept de « *maternage* » dans cette prise en charge par le besoin de combler les demandes de l'enfant en leur absence. Ce concept est développé par Michel DEHAN et Didier LACOMBE⁵⁵ comme un processus indispensable au bon développement psychosocial de l'enfant. Cette relation interdépendante tourne autour de trois actions. Tout d'abord le « *holding* » qui est la manière dont l'enfant est porté physiquement et psychiquement. Cela permet d'assurer sa sécurité physique et affective. Puis, le « *handling* » qui concerne la manière dont l'enfant est soigné, traité et manipulé. Il relie son vécu psychique et corporel qui est régulé par la mère. Pour finir, « *l'object-presenting* » qui est la présentation du monde extérieur. Ce qui lui permet de mieux appréhender ce monde en toute sécurité.

La relation de soin

La relation est « *une rencontre entre deux personnes au moins, c'est-à-dire deux caractères, deux psychologies particulières et deux histoires. (...) D'autres facteurs interviennent dans l'établissement d'une relation : les facteurs psychologiques, les facteurs sociaux, les facteurs physiques*⁵⁶ » selon Alexandre MANOUKIAN titulaire d'un diplôme d'études supérieures spécialisées de psychologie clinique, ancien enseignant en institut de soins infirmiers est psychothérapeute et formateur en milieu hospitalier. C'est une relation interdépendante asymétrique qui est régie par l'affect.

La notion de relation de confiance permet d'apporter des soins de qualité et en accord avec l'enfant. Son installation auprès de l'enfant s'effectue par le biais des techniques de jeu

54 BOWLBY John, *Attachement et perte. : Volume 1, L'attachement*. Edition Presses Universitaires de France, 2011.

55 DEHAN Michel et LACOMBE Didier, *Les jumeaux et leur pédiatre*. Editions DOIN, 2009. Page 125

56 MANOUKIAN Alexandre avec la collaboration d'Anne MASSEBEUF, *La relation soignant-soigné*. 3^e édition LAMARRE, 2008. Page 9

selon trois infirmières. Elles utilisent plusieurs méthodes (bulles de savon, musique, ballons et blagues). Le jeu est un moyen de communication adapté auprès des jeunes usagers.

L'infirmière A affirme que l'accueil est un moment propice pour son instauration. Ce premier contact met en jeu la suite de son hospitalisation. D'où selon elle, l'importance de « *la personne référente* » qui permet d'être le lien et le « *fil conducteur* » de son hospitalisation. L'infirmière est une personne qui détient des savoirs et des informations qui sont utiles aux parents dans la prise en charge de leur enfant. Elle est le lien avec l'institution qui permet de traduire le langage parfois codifié non compris par les parents. L'un ne fonctionne pas sans l'autre. Quelles sont les difficultés que peuvent rencontrer les infirmiers dans l'instauration de cette relation ? Selon trois infirmières, l'inquiétude et le stress des parents rendent difficile cette instauration. Cela est complété par l'infirmière A qui témoigne que la perte de confiance des enfants et des parents engendre de réelles difficultés dans la suite de la prise en charge.

Elle est plus facile à instaurer avec l'enfant contrairement aux parents selon les dires de l'ensemble des infirmières. En effet, cela demande l'adaptation continue des attitudes des soignants. Par leurs inquiétudes, les parents recherchent la bienveillance, la réassurance, des explications, la congruence et surtout l'écoute des soignants. L'infirmière B éclaire la demande de soins de qualité à effectuer auprès de leur enfant. Selon l'article R 4311-2 du Code de la Santé Publique relatif à l'exercice de la profession d'infirmiers « *les soins infirmiers, préventifs, curatifs ou palliatifs, intègrent qualité technique et qualité des relations avec le malade*⁵⁷ ».

Les émotions dans le soin

L'ensemble des infirmières interrogées, atteste de l'omniprésence des émotions dans la prise en charge des enfants et des parents. Qui selon l'infirmière B « *les émotions oui, elles sont importantes* » mais « *en tant que soignant, tu reçois les émotions en pleine tête* ». « *L'émotion est une réaction globale, intense de l'organisme à une situation inattendue*

57 Article R 4311-2 du Code de la Santé Publique relatif à l'exercice de la profession d'infirmiers [en ligne] [consulté le 25/05/2017] Disponible à l'adresse : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006913889&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20130103>

accompagnée d'un état affectif de tonalité pénible ou agréable⁵⁸ ». C'est « un état particulier survenant dans des conditions indéfinies (une situation émotionnelle) accompagnée d'une expérience subjective et de manifestations somatiques et viscérale⁵⁹ ». De nombreuses études ont été entreprises dans l'objectif d'étudier et d'apporter une définition commune à l'émotion. En 1872, Charles DARWIN a été le premier initiateur d'études spécifiques de l'émotion. Il a identifié six émotions fondamentales dites primaires ou darwiniennes : peur, joie, dégoût, tristesse, colère, surprise. Le neurologue américain Antonio R. DAMASIO décrit « *Les émotions et les sentiments d'émotions sont respectivement le début et le terme d'une progression, mais le caractère relativement public des émotions et l'aspect complètement privé des sentiments qui en découlent montrent bien que les mécanismes situés tout au long de ce continu sont extrêmement différents*⁶⁰ ». Les quantifier devient difficile par la complexité de celle-ci à les détecter. L'infirmière A les quantifie au travers du terme de « *curseur* ». Elle est rejointe par l'infirmière B sur le fait de « *diminuer la soupape de la cocote minute* ». Leurs perceptions varient selon l'expérience et les représentations de chacun. Divers contextes de soins favorisent l'apparition de ces émotions qui selon l'ensemble des infirmières seraient induites par les situations de prise en charge de l'urgence. Elles témoignent du stress, de l'inquiétude et de la colère des parents qui selon elles sont difficiles à gérer.

Deux émotions ont été abordées lors des entretiens tenus auprès des infirmières. Tout d'abord, la colère des parents qui se manifeste selon elles par une attitude verbale, non verbale et para verbale des parents. Puis, la tristesse qui selon l'ensemble des infirmières se manifeste par une douleur. Qu'elle soit psychique selon trois infirmières et/ou physique aux dires de l'infirmière B par « *ça te fait mal au ventre* » et des larmes selon les explications de deux infirmières. L'approche de ces émotions a amené l'infirmière A à se confier. De par l'hésitation dans son discours, les nombreuses répétitions de mots, les phrases non complètes et le regard fuyant m'ont permis de comprendre l'impact de celles-ci. Il s'en est suivi un débordement d'émotions par des larmes en lien avec son récit d'une prise en charge difficile. Les propos tenus à ce moment précis ont été « *je me souviens, je connais leurs prénoms, je*

58 SILLAMY Norbert, *Dictionnaire de psychologie*. Edition Larousse, 2000.

59 ANZIEU Didier, R.DORON et F.PAROT, *Dictionnaire de psychologie*. Edition Larousse, 2002.

60 R. DAMASIO Antonio, *Le Sentiment même de soi. Corps, émotions, conscience*. Edition Odile Jacob, 2002. Page 60

revois leurs visages...c'est marqué dans tous les cas ». Elles se rejoignent sur le fait que cela les affecte. L'infirmière B témoigne du fait que *« t'accueil les émotions mais c'est des choses qui t'affecte ».*

On peut se questionner sur la gestion de celles-ci qui parfois nous submergent. Elle est peut être difficile à gérer qui aux dires de l'infirmière B *« t'essaye de faire face ».* Différentes méthodes sont utilisées par les infirmières. La mise en place d'une barrière qui selon trois infirmières leur permet de mettre de la distance. Par le changement de tenue à la fin du service aux dires de l'infirmière A *« Je me change, ça reste derrière moi en principe »*, par le changement de lieu selon l'infirmière B *« c'est quand tu es à la maison ... que tu mets les barrières » « ce qui est au travail est au travail, ce qui est à la maison est à la maison ».* Elles sont rejoint par l'infirmière C *« Tu es à la maison, tu es à la maison »*, qui l'utilise comme *« une protection ».* L'utilisation des mécanismes de défense permet d'aider à mieux gérer cet afflux d'émotions. Ils sont identifiés par Sigmund FREUD en 1874. Il les décrit comme un processus automatique, involontaire et inconscient. Jean LAPLANCHE et Jean-Bertrand PONTALIS définissent *« les mécanismes de défense constituent l'ensemble des opérations dont la finalité est de réduire, de supprimer toute modification susceptible de mettre en danger l'intégrité et la constance de l'individu biopsychologique. Ils prennent souvent une allure compulsive et opèrent au moins partiellement de façon inconsciente⁶¹ ».* Ses différents types d'opérations psychiques ont pour finalité de réduire la tension psychique interne. Le but est de se protéger contre la souffrance. L'infirmière A témoigne de la mise en place dite de *« petits moyens »* par la dérision et le refoulement qui lui permettent de mieux gérer ces situations stressantes et/ou angoissantes. L'infirmière B se projette et s'identifie aux parents *« tu te mets à leur place »* rejoint par l'infirmière D *« pauvres parents ... nous même on est parents »* et l'infirmière C *« s'est bouleversant, tu t'identifies » « j'ai des enfants...tu t'imagines ».*

Trois infirmières apportent une vision bénéfique de l'expérience dans la gestion de ses propres émotions. Elle regroupe un ensemble de compétences infirmières qui *« se reconnaît à sa capacité d'action efficace face à gérer efficacement un ensemble de situations*

61 LAPLANCHE Jean et PONTALIS Jean-Bertrand, *Vocabulaire de la psychanalyse*. Edition Presses Universitaires de France, Paris, 1967.

professionnelles. Pour cela, il devra savoir combiner et mobiliser plusieurs compétences et ressources⁶² ». Ces savoirs d'expériences « sont acquis à l'occasion d'une démarche mentale, de l'application d'un jugement, du développement d'une intentionnalité, d'une prise de décision au sujet d'une action de nature affective, relationnelle, technique ou organisationnelle. Ces savoirs laissent des traces et s'enrichissent avec le temps et la multiplicité des situations vécues⁶³ » au regard des travaux de recherche de Margot PHANEUF, Infirmière, Maîtrise en éducation et Doctorat en sciences infirmière. Le vécu de ses nombreuses expériences émotionnelles permet de développer nos attitudes en tant que soignant. L'approche des prises en charges intenses en émotions génère moins d'appréhension. L'ensemble des infirmières interrogées ont une certaine expérience de l'univers pédiatrique. L'infirmière A témoigne des difficultés à les gérer même suite aux huit années d'expérience dans cet univers particulier « forcément tu es impacté », « tu es amené à être touché face à ces situations et ces histoires ».

La discussion est le point central de l'ensemble des infirmières « en parler avec les collègues c'est important » (infirmière C). C'est un échange verbal entre minimum deux personnes, en face à face ou à distance. Elle permet de les extérioriser pour « décharger les émotions » selon les propos tenus par l'infirmière C.

Deux infirmières en discutent avec la psychologue du service dans le but d'être écouté et d'avoir un échange. Tandis que les deux autres infirmières préfèrent en discuter avec leurs époux dans le seul intérêt de libérer la parole, d'être écouté sans échange. Elles sont ouvertes à la discussion avec les équipes de soins où l'échange y est facile. L'équipe est « un groupe de personne interagissant afin de se donner ou d'accomplir une cible commune, laquelle implique une répartition des tâches et la convergence des efforts des membres de l'équipe⁶⁴ ».

62 LE BOTERF Guy, *De quel concept avons-nous besoin ? Dossier : Les compétences de l'individuel au collectif*. Soins Cadres, Numéro 41, 2002. Page 20

63 Les savoirs d'expérience en soins infirmiers, une richesse à explorer : mentorat, pratiques exemplaires et benchmarking. [en ligne] 2011. [consulté le 25/05/2017] Disponible à l'adresse : <http://www.prendresoins.org/wp-content/uploads/2012/11/Les-savoirs-d'expe%CC%81rience-en-soins-infirmiers-une-richesse-a%CC%80-explorer-mentorat-pratiques-exemplaires-et-benchmarking.pdf>

64 ABRAMI Philippe, *L'apprentissage coopératif. Théorie, méthodes, activités*. Edition Chenelière, Montréal, 1996. Page 63

C'est un « lieu où se développent les solidarités, où se renforcent les actions de chacun par le jeu des échanges, où s'unifie l'activité, où se crée un esprit commun⁶⁵ ». Elles témoignent du lien qu'elles ont su développer qui est basé sur la confiance, le respect mutuel et la franchise. Qui selon elle, est une force dans leur travail au quotidien.

Le choix de cette situation d'appel est en lien avec l'impact que cela a engendré sur ma position en tant que future infirmière. L'intensité des émotions a influencé la prise en charge de Paul. Elles ont été le moteur d'actions de mes tâches infirmières. De nombreux questionnements s'en sont suivis... Peut-être que mon manque d'expérience ne m'a pas permis de prendre un certain recul sur cette situation bouleversante ? Ma situation personnelle en tant que maman m'a peut-être troublé ? Ais-je eu la bonne attitude envers Paul ?

Les quatre entretiens infirmiers m'ont permis d'échanger librement sur ce sujet intime que représentent les émotions. Elles ont été sincères dans leurs réponses et ont partagé des expériences profondes sur des prises en charge qui les affectent. Il en résulte que la prise en charge des enfants est différente des adultes. Par leurs besoins spécifiques, les difficultés de communications et de compréhension, la présence des parents et des familles qui influent sur celle-ci.

L'environnement hospitalier épuré engendre une certaine inquiétude chez les parents et les enfants. Afin de la diminuer, de nombreux outils, aménagements et supports de communication sont mis en place. Nous sommes « *les personnes référentes* » qui maintenons le lien avec l'institution de soin. Le jargon médical déstabilise les parents dans la compréhension de la prise en charge. Ceci favorisant leur angoisse et leur peur. La relation soignant-enfant-parent prend tout son sens. Cette confiance mutuelle permet de favoriser les échanges dans le but d'apporter des soins de qualité auprès de leur enfant. Quels indicateurs nous permettent d'affirmer la mise en place d'une relation de confiance avec les parents et les enfants ? Comment apaiser les peurs des parents et des enfants ? Comment gérer des parents oppressant sur l'enfant et les soignants ? Quelles sont les limites ?

Les émotions y sont accrues de par l'urgence de la situation et la position de l'enfant dans la sphère familiale. Travailler avec eux amène à rencontrer et à partager une histoire de vie qui nous émeu. Ils ont une sensibilité particulière qui les amène à ressentir les émotions d'autrui. Elles se trouvent être plus intenses que chez l'adulte. En tant qu'infirmière, c'est de notre rôle

65 CAUVIN Pierre, *La cohésion des équipes*. Edition ESF, Paris, 1997. Page 9

d'apaiser son environnement pour parvenir à effectuer les soins. Avons-nous le droit d'exprimer nos émotions devant les patients ? Occulter nos émotions nous permet-il de prendre en charge les enfants de manière plus efficace ?

En tant qu'infirmière, quelle place devons-nous prendre auprès de l'enfant ? Quel positionnement adopter face à ces histoires de vie et de maladie qui nous affectent ? Comment gérer l'intensité des émotions qui nous submerge ? Comment gérer le souvenir de ces émotions au quotidien ? Tous ces questionnements ont permis d'en faire découler ma question de recherche :

En quoi les souvenirs émotionnels influencent-elles le positionnement des infirmières dans la prise en charge des enfants au sein des services de pédiatrie ?

VI. CONCLUSION

Ces trois années de formation ont permis de développer mon savoir, mon savoir-être et mon savoir-faire. La formation par alternance a été un point central dans l'acquisition des compétences infirmières. La recherche de la situation d'appel m'a amené à apporter un regard critique sur ma pratique professionnelle en tant que future infirmière.

Ce travail de fin d'études a permis de me questionner sur mes propres émotions. La recherche d'une définition commune a été difficile. Les représentations sont multiples et individuelles à chacun. Nous y sommes tous confrontés et nous les approchons de différentes manières. Ce qui m'a amené à poser ma question de départ : **En quoi les émotions peuvent-elles impacter les infirmiers lors de la prise en charge des enfants au sein des services de pédiatrie?**

Les entretiens effectués auprès des infirmières ont enrichi mon analyse. L'approche de nouveaux concepts m'a permis d'apporter une vision plus précise des écarts et des difficultés

que peuvent engendrer celles-ci. Le positionnement en tant que soignant y est plus difficile. De par la particularité du jeune âge des patients et de la relation triangulaire. J'ai été surprise de constater que l'infirmière la plus affectée soit la seule à ne pas avoir d'enfant mais avec une expérience non négligeable de huit années au sein d'un service de pédiatrie. On peut se questionner sur l'apport d'une certaine expertise dans le travail en tant mère, permet-il de mieux gérer ces émotions ? Notre positionnement influence-t-elle la prise en charge de l'enfant ? Que faire de nos émotions ? Au regard de ces hypothèses, il en a découlé ma question de recherche : **En quoi les souvenirs émotionnels influencent-elles le positionnement des infirmières dans la prise en charge des enfants au sein des services de pédiatrie ?**

J'ai pris plaisir à effectuer ce travail d'initiation à la recherche. En tant que future infirmière, ma posture de soignante, personne, fille, sœur, tatie, amie et mère apportent un certain savoir dans ma pratique professionnelle. La relation de confiance naît de cette aptitude à être empathique, congruente et respectueuse envers l'autre. Connaître et accepter nos émotions, nous permet de mieux les gérer. Elles sont indispensables à notre raisonnement car c'est un moteur d'action. Les partager ne signifie pas montrer une faiblesse mais une force.

Nous sommes avant tout humains, nous évoluons au fil de nos expériences personnelles et professionnelles. Nous développons notre regard vers l'autre de manière différente qui varie selon l'histoire de vie de chacun. Mais elle évolue... l'échange avec autrui permet de partager les idées et les expériences. Elles nourrissent nos différents savoirs.

Cela fut un travail intéressant et très enrichissant autant sur le plan personnel et professionnel. Le travail en équipe et les échanges pluri professionnelle sont les garants d'un travail de qualité. Cela m'a donné une possible ouverture sur un poste d'infirmière clinicienne. Qui me permettra de contribuer à l'avancement de notre statut d'infirmière dans la société.

VII. BIBLIOGRAPHIE

OUVRAGES

ABRAMI Philippe, *L'apprentissage coopératif. Théorie, méthodes, activités*. Edition Chenelière, Montréal, 1996. Page 63. ISBN : 9782893101712

ANZIEU Didier, R.DORON et F.PAROT. *Dictionnaire de psychologie*. Edition Larousse, 2002. ISBN : 978-2-1305-6025-8

BLOCH Henriette, *Grand dictionnaire de psychologie*. Edition Larousse, 2002. ISBN : 978-2-0350-1030-8

BOWLBY John, *Attachement et perte. : Volume 1, L'attachement*. Edition Presses Universitaires de France, 2011. ISBN : 978-2-1305-2922-4

CAUVIN Pierre, *La cohésion des équipes*. Edition ESF, Paris, 1997. Page 9. ISBN : 978-2-7101-1202-0

CHERRET DE LA BOISSIERE Anne et DELABROY Caroline, *Positionnez vos émotions au travail*. Edition sociale Française (ESF), 2012. ISBN : 978-2-8947-2421-7

CIFALI Mireille et ANDRE Alain, *Ecrire l'expérience vers une reconnaissance des pratiques professionnelles*. Edition Presses Universitaires de France, Paris, 2007. Page 45. ISBN : 978-2-1307-3932-6

COLLIÈRE Marie-Françoise, *Soigner... Le premier art de la vie*. 2^e édition Masson, 2001. Page 21. ISBN : 978-2-2940-0555-8

DEHAN Michel et LACOMBE Didier, *Les jumeaux et leur pédiatre*. Edition DOIN, 2009. ISBN : 978-2-7040-1279-4

DUHAMEL Fabie, *La santé et la famille : Une approche systémique en soins infirmiers*. 3^e édition Gaëtan MORIN, 2015. ISBN : 978-2-7650-4851-0

FORMARIER Monique et JOVIC Ljiljana, *Les concepts en sciences infirmières*. 2^{ème} édition de l'association de recherche en soins infirmiers (ARSI), 2012. ISBN : 978-2-9533-3113-4

GRANDSENNE Philippe, *Mon bébé en bonne santé*. Edition Hachette, 2004. ISBN : 978-2-0123-6895-8

LAPLANCHE Jean et PONTALIS Jean-Bertrand, *Vocabulaire de la psychanalyse*. Edition Presses Universitaires de France, Paris, 1967. ISBN : 978-2-1305-6050-0

LEBLANC Antoine, *Les angoisses des parents pour la santé de leur enfant*. Enfance et psy. Edition ERES, 2009. ISBN : 978-2-7492-1046-9

LE GAL Jean, *Les droits de l'enfant à l'école*. 2^e édition De Boeck, 2008. Bruxelles. ISBN : 978-2-8041-5723-4

MANOUKIAN Alexandre avec la collaboration de MASSEBEUF Anne, *La relation soignant-soigné*. 3^e édition LAMARRE, 2008. ISBN : 978-2-7573-0200-2

MANOUKIAN Alexandre, *La relation soignant-soigné*. 4^e édition LAMARRE, 2014. ISBN : 978-2-7573-0754-0

MAURY Liliane, *Les émotions de Darwin à Freud*. Philosophies. Edition Presses Universitaires de France, 1993. ISBN : 978-2-1306-3642-7

PAYCHENG Odile et SZERMAN Stéphane, *La rencontre de l'éthique*. Guide des textes de référence. 2^e édition Heures de France. ISBN : 978-2-853-85277-7

PIAGET Jean, *Le développement psychosocial est subordonné au développement spontané et psychologique*. Six études de psychologie génétique. Edition Folio, 1987. ISBN : 978-2-0703-2431-6

R. DAMASIO Antonio, *Le Sentiment même de soi. Corps, émotions, conscience*. Edition Odile Jacob, 2002. Page 60. ISBN : 978-2-7381-1118-0

SILLAMY Norbert, *Dictionnaire de psychologie*. Edition Larousse, 2000. ISBN : 978-2-2903-0031-2

WALLON Henri, *L'enfant ne fait que vivre son enfance. La connaître appartient à l'adulte. Mais qui va l'emporter dans cette connaissance, le point de vue de l'adulte ou celui de l'enfant ?* Les origines de la pensée chez l'enfant. Edition des Presses Universitaires de France, 1945. ISBN : 978-2-1306-5199-4

WANQUET THIBAUT Pascale, *Les aidants naturels auprès de l'enfant à l'hôpital : La place des proches dans la relation de soins*. Chapitre 4: Les besoins de la triade enfant/parents/soignants. Edition Elsevier Masson, 2008. ISBN : 978-2-294-70221-1

WINNICOTT Donald Woods et KALMANOVITCH Jeannine, *Processus de maturation chez l'enfant : développement affectif et environnement*. Edition Payot, 1980. ISBN : 978-2-2228-3245-26

WRIGHT Lorraine et LEAHEY Maureen, *L'infirmière et la famille : guide d'évaluation et d'intervention*. 3e édition ERPI, 2007. ISBN : 978-2-7613-5805-7

VALLON Serge, *Qu'est-ce qu'une famille ? Fonctions et représentations familiales*. Edition Vie sociale et traitements (VST), 2006. ISBN : 978-2-7492-0605-9

ARTICLES

CLAUDON Philippe & WEBER Margot, *L'émotion: Contribution à l'étude psychodynamique du développement de la pensée de l'enfant sans langage en interaction*. Edition Médecine et hygiène, vol. 21, 2009. ISSN : 1015-8154

FRIARD Dominique, *Dossier : vécu des émotions, Santé mentale. L'intelligence émotion*. Avril 2013. Numéro 177. ISSN : 1273-7208

LACOMBE Marie et BELL Linda, *L'infirmière clinicienne, L'attachement parent(s)-enfant : un défi pour la pratique infirmière lors de la visite postnatale*. Edition Vol.3, 2006. ISSN : 1923-5577

LE BOTERF Guy, *De quel concept avons-nous besoin ? Dossier : Les compétences de l'individuel au collectif*. Soins Cadres, Numéro 41, 2002. Page 20. ISSN 0183-2980

MAUREL-ARRIGHI Elisabeth, *Pratiques : les cahiers de la médecine utopique. Les émotions dans le soin*. 2002. Numéro 16. ISSN 1161-3726

SITES INTERNETS

Arrêté du 15 avril 2008 relatif au contenu du livret d'accueil des établissements de santé, ministère de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative. [en ligne] 2008.

[consulté le 15/05/2017] Disponible à l'adresse :

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000018787636>

Article R. 4311-1 du décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004 du code de la santé publique

[en ligne] 2004. [consulté le 26/05/2017] Disponible à l'adresse :

[https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?](https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000421679&categorieLien=id)

[cidTexte=JORFTEXT000000421679&categorieLien=id](https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000421679&categorieLien=id)

Article R 4311-2 du Code de la Santé Publique relatif à l'exercice de la profession d'infirmiers [en ligne] 2004. [consulté le 25/05/2017] Disponible à l'adresse :

[https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?](https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006913889&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20130103)

[idArticle=LEGIARTI000006913889&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20130103](https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006913889&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20130103)

Charte européenne de l'enfant hospitalisé. [en ligne] 1988. [consulté le 15/05/2017]

Disponible à l'adresse :

<https://www.sparadrap.org/index.php/content/download/14385/145356/version/5/file/charte2017.pdf>

Circulaire DHOS/O1/DGS/DGAS n° 2004-517 du 28 octobre 2004 relative à l'élaboration des SROS de l'enfant et de l'adolescent, Ministère de la santé et de la protection sociale. [en ligne] 2004. [consulté le 18/05/2017] Disponible à l'adresse :

<http://social-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2004/04-52/a0523394.htm>

Convention internationale des droits de l'enfant, Nations unies. [en ligne] 1989. [consulté le 21/03/2017] Disponible à l'adresse : <https://www.unicef.fr/dossier/convention-internationale-des-droits-de-lenfant>

Enjeux et spécificités de la prise en charge des enfants et des adolescents en établissement de santé, Certification V2010 [en ligne]. 2011. [consulté le 15/05/2017]

Disponible à l'adresse : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-02/20120213_guide_pec_enfant_ado.pdf

Isabelle LAMBOTTE, en collaboration avec Françoise De HEEST, Anne COURTOIS, Nicole DELVAUX, Dominique DETEMERMMAN, Le journal des psychologues, L'annonce de diagnostics graves en pédiatrie. Un processus coconstruit par les parents et les soignants. Numéro 254. Pages 29-32. [en ligne] 2008. [consulté le 25/05/2017]

Disponible à l'adresse : <http://www.cairn.info/revue-le-journal-des-psychologues-2008-1-page-29.htm>

La collecte des données base de toute intervention infirmière. [en ligne] 2012. [consulté le 24/05/2017] Disponible à l'adresse : <http://www.prendresoin.org/?p=940>

Législation, les textes, la « Charte de l'enfant hospitalisé » en France et dans d'autres pays européens [en ligne] [consulté le 25/05/2017] Disponible à l'adresse :

https://www.sparadrap.org/content/download/17950/183515/version/1/file/Textes_droits_enfants_hopital_Rosenberg_2004.pdf

Les savoirs d'expérience en soins infirmiers, une richesse à explorer : mentorat, pratiques exemplaires et benchmarking. [en ligne] 2011. [consulté le 25/05/2017]

Disponible à l'adresse : <http://www.prendresoin.org/wp-content/uploads/2012/11/Les-savoirs-dexpe%CC%81rience-en-soins-infirmiers-une-richeesse-a%CC%80-explorer-mentorat-pratiques-exemplaires-et-benchmarking.pdf>

Usagers, vos droits Charte de la personne hospitalisée. [en ligne] 2006. [consulté le 25/05/2017] Disponible à l'adresse : http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/charte_a4_couleur.pdf

IMAGE DE LA PAGE DE GARDE

Emoticon [en ligne] [consulté le 27/05/2017] Disponible à l'adresse :

<https://fr.123rf.com/images-libres-de-droits/emoticone.html>

VIII. ANNEXES

Annexe 1 : Guide d'entretien

Présentation ESI

Bonjour, je m'appelle Vaea. Je suis étudiante en 3^e années en soins infirmiers à l'IFSI Charles-Foix. Je vous remercie de m'accorder de votre temps pour cet entretien. Dans le cadre de mon travail de fin d'études, je réalise une enquête dans le domaine de la prise en charge des enfants âgés de 0 à 3 ans en service de pédiatrie.

Je vous garantis que nos échanges resteront confidentiels et que la retranscription de notre entretien ne comportera aucune donnée personnelle. Avec votre accord, je souhaite enregistrer notre conversation pour rester fidèle à votre témoignage lors de la retranscription. Cet entretien devrait durer environ 40 minutes.

Concernant votre parcours professionnel

Quel poste occupez-vous dans le service ?

Quel âge avez-vous ?

Qu'elle est votre parcours professionnel ?

Depuis combien de temps travaillez-vous dans ce service ?

Est-ce un souhait de votre part de travailler dans ce service ?

Depuis combien de temps exercez-vous le métier d'infirmière ?

Avez-vous suivi des formations particulières ?

Question exploratoire semi-directif

Partie 1 : L'hospitalisation de l'enfant

Question 1 : Pouvez-vous me décrire la prise en charge des enfants dans votre service ? Des parents ? De la fratrie ?

Question 2 : Quel est l'impact de l'hospitalisation d'un enfant sur la vie familiale ? Quelles sont les réactions de l'enfant ? Des parents ? De la fratrie ?

Question 3 : Quelles difficultés avez-vous relevé dans la prise en charge des enfants ? Pouvez-vous me donner des exemples ?

Partie 2 : La relation soignant-soigné

Question 1 : En général, quelle place ont les parents dans la prise en charge de leur enfant ? La famille ? Les soignants ?

Question 2 : Quelle prise en charge mettez-vous en place lors de l'hospitalisation d'un enfant seul (*absence des parents*)? Quel impact cela a-t-il sur votre organisation ? (*travail d'équipe*)

Question 3 : Comment mettez-vous en place une relation de confiance avec l'enfant ? Les parents ? Quelles difficultés rencontrez-vous ?

Partie 3 : les émotions

Question 1 : Dans votre mission de soignant, quelle place prennent les émotions ?
Pouvez-vous les quantifier ?

Question 2 : Quel contexte favorise vos émotions ? Pouvez-vous me décrire les plus fréquentes ? (*Peur, tristesse, colère*)

Question 3 : Quels moyens mettez-vous en place pour la gestion de ces émotions ?
Seul ? En équipe ?

L'entretien se terminant, avez-vous des questions ou des éléments à ajouter ?

Je vous remercie pour cet échange et l'apport d'informations qui pourront m'aider à finaliser mon travail de recherche. Je vous confirme le caractère confidentiel des données qui seront analysés et retranscrits dans mon dossier de recherche. Je tiens à vous remercier pour le temps que vous venez de m'accorder.

What does it give to our own emotions?

This thesis deals with the impact of emotions on nurses taking care of children as they are ubiquitous in our everyday life and especially in our professional practice.

This first analysis led to the initial question: **How can emotions impact nurses when taking care of children in pediatric departments?**

In order to construct this research, I first relied on authors whom have dealt with this subject. In a second step, I carried out interviews with nurses in pediatric departments in order to complete my research and provide a global picture on this topic. This work led to new perspectives, including the research question: **How do emotional memories influence the nurses when taking care of children in pediatric departments?**

5 keywords: emotion, defenses, child-parent-nurse relationship, team, hospitalization.

Quelle place donner à nos propres émotions ?

Ce mémoire traite de l'impact des émotions sur les infirmiers dans la prise en charge des enfants. Elles sont omniprésentes dans notre quotidien et plus particulièrement dans notre pratique professionnelle. Cette première analyse a conduit à la question de départ : **En quoi les émotions peuvent-elles impacter les infirmiers lors de la prise en charge des enfants au sein des services de pédiatrie?**

Afin de construire ce travail de recherche, je me suis tout d'abord appuyée sur des écrits rédigés par des auteurs qui ont traité de ce sujet. Dans un second temps, les entretiens effectués auprès des infirmières au sein des services de pédiatrie m'ont permis de compléter mes recherches. Pour terminer par une analyse complète. Cela a conduit à l'ouverture de la question de recherche : **En quoi les souvenirs émotionnels influencent-elles le positionnement des infirmières dans la prise en charge des enfants au sein des services de pédiatrie ?**

5 mots clés : émotion, mécanismes de défenses, relation enfant-parents-soignants, équipe, hospitalisation

