

GILLOIS Pierre

Promotion 2000–2003

Institut de Formation
en Soins Infirmiers
SAINT NAZAIRE

**L’AFFECTIVITÉ DES
INFIRMIÈRES/PUÉRICULTRICES FACE AUX
PARENTS MALTRAITANTS**

Décembre 2002

REMERCIEMENTS

Je remercie tous ceux qui de près ou de loin m'ont aidé à élaborer ce travail.

SOMMAIRE

INTRODUCTION GÉNÉRALE	6
1. MOTIVATIONS ET OBJECTIFS DE TRAVAIL	8
2. ÉVOLUTION DE LA PROBLÉMATIQUE	10
3. DONNÉES THÉORIQUES	13
3.1 - La maltraitance : cadre législatif	14
3.2 - La maltraitance	15
3.3 - L'affectivité des soignants face aux parents maltraitants	24
4. HYPOTHÈSE DE TRAVAIL.....	26
4.1 - Définition de la distanciation.....	27
4.2 - Apprendre à gérer ses émotions.....	27
4.3 - Le « savoir être » de l'infirmière/puéricultrice face aux parents maltraitants..	28
5. ENQUETE SUR LE TERRAIN	29
5.1 Méthodologie utilisée.....	30
5.2 Talons sociologiques.....	31
5.3 Présentation des entretiens	32
5.4 Analyse et commentaires	38
5.5 Synthèse	44
CONCLUSION GÉNÉRALE	45

Bibliographie

Annexe 1

Annexe 2

INTRODUCTION GÉNÉRALE

Toutes les tentatives de réponses aux problèmes de l'enfance maltraitée tiennent nécessairement compte du contexte familial dans lequel ces enfants vivent. L'hôpital est impliqué souvent au premier rang dans la mesure où une grande majorité d'entre eux sont hospitalisés au moins une fois dans leur histoire. Le personnel soignant se trouve donc naturellement confronté à la problématique familiale de ces enfants.

Il revient notamment, aux infirmières de les prendre en charge au sein des services de pédiatrie, ainsi que leurs parents.

Même si l'on sait que l'individu est soumis à des pulsions agressives, on a du mal à comprendre et à accepter le passage à l'acte qui a pour cible l'enfant. Mes différentes rencontres avec les soignants m'ont montré qu'il était difficile de faire abstraction de ses propres sentiments face à un enfant qui souffre et à des parents maltraitants.

A travers ce travail, je vais tenter de montrer les réactions des infirmières face aux parents maltraitants et d'expliquer les moyens mis en place pour surmonter leurs sentiments.

Dans un premier temps, j'exposerai les raisons du choix de ce thème, mes objectifs de travail et l'évolution de mes réflexions.

Je présenterai, ensuite, mes recherches documentaires pour aboutir à mon hypothèse de travail qui sera affirmée ou infirmée dans la partie enquête sur le terrain.

1. MOTIVATIONS ET OBJECTIFS DE TRAVAIL

Je suis depuis longtemps sensibilisé au monde de l'enfance et aux différentes professions qui s'y rapportent.

En effet, certains de mes proches travaillent dans la petite enfance comme puéricultrices ou éducateurs de jeunes enfants.

Mon expérience professionnelle m'a aussi amené à travailler auprès d'enfants en tant qu'animateur et instituteur.

Durant cette expérience d'enseignement, j'ai été amené, seul et en équipe pédagogique, à réfléchir sur la maltraitance parentale.

De plus, de part mon projet professionnel, j'envisage de travailler en pédiatrie.

Par conséquent, ces différents projets et expériences m'ont motivé pour le choix de ce travail de fin d'études.

Ainsi, par ce travail, je souhaite atteindre plusieurs objectifs :

- ⇒ Disposer d'un outil de travail pour ma future vie professionnelle,
- ⇒ Permettre, si possible, aux autres professionnels, d'avoir un outil de réflexion,
- ⇒ Compléter et approfondir mes connaissances sur la maltraitance et la prise en charge des parents maltraitants,
- ⇒ M'amener à réfléchir sur l'attitude soignante face aux parents maltraitants,
- ⇒ Avoir des contacts avec des professionnels de terrain sensibles à ce sujet et pouvant m'orienter dans ma réflexion
- ⇒ Enfin, avoir une base de départ pour des réflexions et travaux futurs.

2. ÉVOLUTION DE LA PROBLÉMATIQUE

Mes premières réflexions se sont d'abord portées sur les différentes collaborations entre soignants (infirmières/puéricultrices) et partenaires sociaux. Le thème de la maltraitance m'a semblé intéressant à approfondir car il peut concerner tant les infirmiers que les éducateurs, assistantes sociales et autres travailleurs sociaux.

Dans un premier temps, mes interrogations se sont portées sur les moyens dont dispose l'infirmière/puéricultrice pour dénoncer une maltraitance constatée chez un enfant : quels dispositifs l'infirmière/puéricultrice peut mettre en place face à ce problème et comment les partenaires sociaux et judiciaires travaillent en collaboration avec les équipes soignantes.

Après avoir interpellé différents professionnels de l'enfance, il m'est apparu que lorsqu'un diagnostic de maltraitance parentale est posé, l'infirmière/puéricultrice n'intervient pas auprès des différents travailleurs sociaux et judiciaires.

En effet, quand une maltraitance parentale est détectée dans un service de pédiatrie, un protocole établi est mis en place : l'enfant est filmé lors d'un entretien avec le médecin, vidéo qui servira de repère, ensuite, aux différentes autorités policières et judiciaires.(1)

Ces informations m'ont alors poussé à réfléchir sur le rôle de l'infirmière/puéricultrice face à un enfant maltraité. Mon stage dans un service de pédiatrie au centre hospitalier de Saint-Nazaire m'a permis d'éclaircir ces interrogations.

Lorsqu'un enfant est accueilli en service de pédiatrie, l'infirmière a pour rôle de soigner, d'accompagner l'enfant et d'inclure les parents comme partenaires du soin tout au long de l'hospitalisation.

Les parents peuvent rester de façon permanente auprès de leur enfant malade.

Les parents partenaires de soins ?

Tout au long de ce stage, je n'ai pas rencontré d'enfants maltraités, cependant, j'ai pu découvrir qu'il était parfois difficile de collaborer avec les parents. En effet, les parents ne sont pas toujours disponibles pour accompagner leur enfant durant l'hospitalisation; sont non désireux de collaborer avec l'équipe soignante et/ou n'ont pas les moyens et capacités suffisants.

(1) cf : Regards – journal d'informations du centre hospitalier de Saint-Nazaire – N° 48 – Décembre 1999 – Pages. 10 et 11.

D'un autre point de vue, l'infirmière/puéricultrice, à cause d'un emploi du temps parfois chargé, ne peut se mettre à la disposition des parents. D'autre part, son ressenti personnel face à telle ou telle pathologie pourra venir entraver la collaboration avec les parents.

De ces constats, une question reste en suspens :

Lorsqu'un diagnostic de maltraitance parentale est posé dans un service de pédiatrie, comment l'infirmière/puéricultrice parvient-elle à surmonter son affectivité face à des parents maltraitants ?

3. DONNÉES THÉORIQUES
CADRE CONCEPTUEL

3.1 - LA MALTRAITANCE : CADRE LÉGISLATIF

Il existe de nombreux textes officiels concernant la maltraitance : lois, décrets, circulaires et arrêtés.

Dans le cadre de ce travail, je n'en citerai que quelques-uns en rapport avec les professions d'infirmière et de puéricultrice.

Ainsi le décret n° 2002-194 du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier, nous dit dans l'article 5 :

« Dans le cadre de son rôle propre, l'infirmier accomplit les actes ou dispense les soins suivants, visant à identifier les risques et à assurer le confort et la sécurité de la personne et de son environnement et comprenant son information et celle de son entourage : [...] Dépistage et évaluation des risques de maltraitance... »

De plus l'article 11 de ce même décret précise que :

« Les actes concernant les enfants de la naissance à l'adolescence, et en particulier ceux ci-dessous énumérés, sont dispensés en priorité par une infirmière titulaire du Diplôme d'État de puéricultrice et l'infirmier en cours de formation préparant à ce diplôme : le Suivi de l'enfant dans son développement et son milieu de vie... »

Concernant tous les professionnels de santé, le Code Pénal pose le principe du secret professionnel, avec l'article 226-13 qui interdit la révélation d'une information à caractère secret. Cependant, l'obligation du secret est levée par l'article 226-14 qui autorise la révélation et la dénonciation de sévices sur mineur de moins de 15 ans.

La circulaire DGS/407/2B du 9 juillet 1985 du Ministère des Affaires Sociales, non parue au Journal Officiel, intitulée : **L'enfant maltraité et l'hôpital**, nous parle de l'attitude des soignants à l'égard de la famille et du soutien des familles maltraitantes, malgré les émotions qu'elles suscitent chez les soignants (cf. annexe 1).

3.2 - LA MALTRAITANCE

3.2.1 - Définitions de la maltraitance

Il est très difficile de retenir une définition précise des mauvais traitements. En effet, selon les pays, les époques, la notion de droits et besoins de l'enfant, la prise en compte de la souffrance sont variables.

Il n'existe pas de définition officielle des mauvais traitements à enfants. Si la loi du 10 juillet 1989 désigne bien les mauvais traitements, elle ne les définit pas.

En fait, dans la pratique, on différencie les termes « d'enfants maltraités » et « d'enfants en risque de maltraitance ».

3.2.1.1. L'enfant maltraité

En France, aujourd'hui, il est habituel de retenir la définition de l'ODAS (Observatoire Décentralisé de l'Action Sociale).

Pour l'ODAS, l'enfant maltraité est un enfant victime de violences physiques, d'abus sexuels, d'actes de cruauté mentale, de négligences lourdes ayant des conséquences graves sur son développement physique et psychologique.

3.2.1.2. L'enfant en risque de maltraitance

À côté de ces enfants victimes de violences, l'ODAS s'intéresse à un autre groupe d'enfants qu'elle appelle les enfants en risque.

L'enfant en risque de maltraitance est un enfant qui connaît des conditions d'existence risquant de mettre en danger sa santé, sa sécurité, sa moralité, son éducation et son entretien, mais qui n'est pas pour autant maltraité.

3.2.1.3. Les enfants en danger

Ils regroupent l'ensemble des enfants maltraités et des enfants en risque.

3.2.2 - Les chiffres de la maltraitance en France

La fréquence des mauvais traitements à l'égard des enfants peut être évaluée à partir de plusieurs sources :

- les signalements faits directement auprès de la justice,
- les signalements faits auprès des services de l'A.S.E (Aide Sociale à l'Enfance)
- les appels téléphoniques des enfants et des adultes (proches ou professionnels) au téléphone vert national (119)

ÉVOLUTION DES CHIFFRES RECUEILLIS PAR L'ODAS DE 1994 A 2002

(à partir des signalements fait aux services de l'A.S.E).

	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Enfants maltraités	17 000	20 000	21 000	21 000	19 000	18 500	18 300
Enfants en risque	41 000	45 000	53 000	61 000	64 000	65 000	65 000
Total enfants en danger	58 000	65 000	74 000	82 000	83 000	83 500	83 300

L'augmentation du nombre d'enfants maltraités de 1994 à 1997 est liée à une meilleure reconnaissance des situations par les professionnels et à un meilleur recueil de données par les services de l'Aide Sociale à l'Enfance. Ce chiffre se stabilise depuis 1998, par contre celui des enfants estimés « en risque » ne cesse d'augmenter.

TYPES DE MAUVAIS TRAITEMENTS SIGNALES AUX SERVICES DE L'ASE.

	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Violences physiques	7 000	7 500	7 000	7 000	6 500	6 600
Abus sexuels	5 500	6 500	6 800	5 000	4 800	5 500
Négligences lourdes	.	.	5 400	5 300	5 400	4 800
Violences psychologiques	7 500	7 000	1 800	1 700	1 800	1 400
Total enfants maltraités	20 000	21 000	21 000	19 000	18 500	18.300

Ces chiffres demandent à être relativisés.

Comme il vient d'être dit, il est très difficile de se mettre d'accord sur une définition précise des mauvais traitements :

Quand commence la maltraitance physique ? Quand s'arrête « le droit raisonnable de correction corporelle » reconnu aux parents en France ? Quand commence la maltraitance psychologique et comment la reconnaître le plus tôt possible ?

D'après le Docteur Girodet, Pédiatre à l'AFIREM, (Association Française d'Information et de Recherche sur l'Enfance Maltraitée), beaucoup de mauvais traitements quels qu'ils soient, peuvent rester cachés au sein de la famille : l'enfant n'est pas autorisé à sortir, à aller en classe, en cours d'éducation sportive, à la piscine quand il a des traces visibles de coups. Il peut être menacé, voire « acheté » pour garder le silence sur la maltraitance physique, psychologique ou sexuelle qu'il subit.

De même, les violences subies par de nombreux enfants au sein de l'école, de structures de loisirs, de soins ou d'institutions sociales ont pendant longtemps été déniées, mais jamais dénoncées.

Ce sont des campagnes de sensibilisation dans les médias ou au sein de l'école qui ont permis à de nombreux enfants et adolescents de révéler des mauvais traitements intra familiaux ou institutionnels restés longtemps tabous, et dont ils se sentaient responsables.

Il faut néanmoins ne pas oublier que la grande majorité des familles, des enseignants et plus généralement de tous ceux qui s'occupent d'enfants, ne sont pas maltraitants, quels que soient les inévitables conflits qui existent toujours entre adultes et enfants ou adolescents.

Il ne faut pas oublier, non plus, que si les enfants ou les adolescents ont des droits, maintenant reconnus par la Déclaration Internationale des Droits de l'Enfant (texte élaboré par l'ONU et ratifié en 1990 par 20 pays), ils ont aussi des devoirs envers leurs parents et les adultes qui les entourent. Il ne faut pas confondre interdiction, punition et maltraitance.

Pour conclure sur ces chiffres, on peut dire que les cas recensés correspondent, en fait, à la partie émergée d'un iceberg et qu'il ne sera jamais possible de connaître le chiffre exact des enfants maltraités.

3.2.3 - Approche du comportement maltraitant

Découvrir une situation de maltraitance, mauvais traitements physiques, abus sexuels, situations d'abandon, de négligences graves implique une évaluation de la situation de danger encourue par l'enfant dans son milieu familial et une compréhension des différents facteurs psychologiques, sociaux et événementiels ayant concourus à cette situation.

Cette évaluation doit être brève, en cas d'urgence ou se fera pendant une période d'observation. Elle déterminera les mesures à prendre visant à protéger l'enfant, à traiter le parent responsable s'il présente une pathologie d'ordre psychiatrique. Il faudra toujours prendre en compte la situation familiale dans son ensemble. Ces mesures peuvent relever des instances administratives, judiciaires, médicales. Dans un service de pédiatrie, les infirmiers, puéricultrices, aide-soignantes et auxiliaires de puériculture, de part leurs relations pluri-quotidiennes avec les parents et les enfants sont au premier rang pour participer et élaborer cette évaluation.

3.2.3.1 - Psychopathologie des parents maltraitants

a) Concepts psychanalytiques

- **L'identification à l'agresseur**

" C'est le mécanisme de défense invoqué le plus fréquemment pour comprendre la genèse de la maltraitance " (1)

Le concept « d'identification à l'agresseur » a été introduit par Anna Freud. Il est la base de la formation du *surmoi* « *l'enfant utilise des identifications pour transformer ce qui est étrange et effrayant dans le monde externe, en ce qui est familier et agréable* ».

En fait, le parent maltraite son enfant parce qu'il ou elle s'identifie au parent qui le ou la maltraitait dans le passé. L'identification s'effectue à l'égard de la personne dans ses aspects positifs aussi bien que négatifs.

(1) M. Miljkovitch. La genèse de la maltraitance chez l'enfant. Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence n° 2 – 3 mars 1991 – page 111 à 118.

- **La projection**

Chez les parents maltraitants, il existe un vécu traumatique refoulé qui se manifeste par la compulsion de répétitions. Cela les pousse à reproduire avec l'enfant ce qu'ils ont eux-mêmes subi. L'enfant est leur possession, leur prolongement. Ainsi, il devient l'objet des projections de ses parents qui déplacent leurs sentiments et désirs qu'ils refusent en eux. Par conséquent, dès qu'il manifeste de la vie, les besoins et les activités de l'enfant sont ressentis comme une attaque dirigée contre eux. C'est ainsi que la projection engendre le passage à l'acte. C'est un moyen pour les parents d'extérioriser leur tension interne.

Tout se passe comme si le parent se vidait de ses mauvaises parties. Il s'agit là d'un clivage du Moi, manière de scinder le bon et le mauvais : « *L'enfant est à la fois rejeté et indispensable, maltraité quand il est présent, idéalisé s'il est éloigné* ». (1)

« Ces processus font penser que ses sujets n'ont jamais pu intégrer la mauvaise partie d'eux-mêmes qui les aurait déprimés. Ils ont donc été conduits à la maintenir hors d'eux et à la projeter sur l'enfant. Car pour intégrer le « mauvais soi », il faut d'abord que quelqu'un d'autre – la mère – l'accepte sans crainte et sans agressivité » (2).

Ce que peut faire « *une mère suffisamment bonne* ». (1).

En effet pour Winnicott, « *si la mère fournit une assez bonne adaptation au besoin, la propre ligne de vie de l'enfant est très peu perturbée par les réactions aux immixtions de l'environnement. Les carences maternelles provoquent des phases de réactions aux heurts et ces réactions interrompent le continuum de l'enfant* ». (1)

(1). Winnicott - De la pédiatrie à la psychanalyse. Petite bibliothèque Payot – page 172.

(2) - Agostini - Cahiers du CNTNERHI

Immixtions : action de m'immiscer dans les affaires d'autrui.

b) Pathologies psychiatriques

- **Psychopathie**

Les parents présentent des troubles relationnels évidents : agressivité, impulsivité, intolérance à la frustration. L'acte agit se substitue à l'élaboration fantasmatique.

L'enfant, par sa proximité et sa place d'objet fétiche, est particulièrement menacé.

« Ce sont des situations délicates, car des comportements manipulateurs et séducteurs vis à vis de l'intervenant, la possessivité à l'égard de l'enfant, peuvent faire illusion. L'autre est appréhendé en fonction de ce qu'il apporte, ses désirs sont niés. Les projets sont constamment remis en question, les interdits transgressés » (3).

- **Les perversions**

Les pervers utilisent l'enfant comme un objet nécessaire à leur plaisir, sans angoisse ni culpabilité. Il peut s'agir d'abus sexuels ou de cruauté physique. Ces conduites s'accompagnent de la satisfaction de transgresser la loi dans un sentiment de toute puissante narcissique.

Le diagnostic n'est pas toujours facile, une bonne adaptation à la vie courante peut masquer les comportements aberrants, l'enfant et ses proches gardent le secret.

- **La paranoïa**

Les personnalités paranoïaques exercent le plus souvent des sévices physiques et moraux sous couvert d'un système éducatif rigide qui s'appuie sur des convictions délirantes.

- **La schizophrénie**

Dans ce contexte de vécu délirant, l'enfant peut être en danger car il peut être perçu comme menaçant, ou indirectement, il est envahi par les émotions de la mère ou encore, souffre de son retrait et devient alors inexistant.

- **La psychose puerpérale**

Elle apparaît à la naissance ou juste après. L'angoisse est extrême, s'accompagne d'insomnie; la mère présente un état confusionnel, exprime des pulsions de meurtre, ne reconnaît pas le bébé comme son enfant.

- **La dépression du sevrage**

Elle apparaît plus tardivement, deux à six mois après la naissance. La mère exprime un sentiment de vide et d'inutilité, elle peut adopter à l'égard de son enfant des conduites d'évitement, source de carences et de négligences graves.

En fait, ces pathologies psychiatriques franches sont rarement rencontrées chez les parents maltraitants; on se trouve plus souvent devant des personnalités donnant superficiellement l'apparence de la normalité.

Une approche privilégiant la description des traits de caractère met en évidence l'immaturation psycho-affective, l'égoïsme, la rigidité, l'impulsivité, le manque de contrôle de l'agressivité, l'hypersensibilité aux stimuli reçus de l'environnement affectif et matériel, l'incapacité à verbaliser les conflits.

- **Les phobies d'impulsion**

La mère redoute de rester seule avec son enfant, de peur de le tuer ; la vue d'objets pointus, ciseaux, couteaux, ravive l'angoisse et les obsessions. Mais il n'y a pas de passage à l'acte. Cet état ne doit pas être confondu avec l'appel d'une mère psychotique consciente de la force de pulsions agressives qu'elle maîtrise difficilement.

- **La mélancolie**

Un accès mélancolique peut inaugurer une psychose maniaco-dépressive ou survenir au cours d'un état déjà connu. C'est un état sévère, les idées délirantes peuvent conduire à un suicide où le sujet entraîne ses enfants.

c) Les décompensations épisodiques

La violence à l'égard de l'enfant est survenue au cours d'une décompensation chez un sujet sans antécédent psychiatrique.

- **L'alcoolisme**

L'alcoolisme doit être considéré comme un facteur favorisant les passages à l'acte violents et les abus sexuels. Il est aussi responsable chez la femme de conduites de repli et de désintérêt. Celles-ci peuvent entraîner vis à vis de l'enfant des carences graves de soins et de stimulations. L'enfant vivra des situations insécurisantes, qu'il s'agisse d'errances avec les parents ou d'abandon au domicile.

- **Les toxicomanies**

Outre les carences graves telles celles engendrées par l'alcoolisme, l'utilisation de drogues dures peut engendrer un état psychotique passager, conduisant à la perception délirante de l'enfant : transformation monstrueuse et menaçante de son aspect, provoquant chez le parent des actes de violences, impulsifs et défensifs.

d) Les circonstances de survenue et les mécanismes de passage à l'acte

Chez les sujets fragiles ou malades, les mauvais traitements surviennent électivement quand est abaissée la capacité à contenir la violence interne : l'alcoolisation, la fatigue, le manque de sommeil, la surpopulation au sein du logement, le chômage, le manque d'argent, un deuil, une séparation du couple parental, toutes circonstances qui ravivent leur passé abandonnique, traumatique, aggravent leur mésestime de soi, débordent leurs modes de défense habituels.

Au moment du passage à l'acte c'est le rapport à la réalité de ce qu'est un enfant qui s'avère perturbé. Celui-ci n'est plus un individu distinct d'eux-mêmes, avec son identité propre, ses besoins, ses désirs, sa fragilité. Il est vécu comme un persécuteur, il représente ce qu'ils ressentent en eux-mêmes de mauvais. Pour certains auteurs, le passage à l'acte surviendrait dans un moment psychotique.

3.2.3.2 – Les caractéristiques de l'enfant

D'ordinaire la venue d'un enfant induit chez ses parents un remaniement psychologique dans le sens d'une maturation, d'un épanouissement des capacités de tendresse et de sollicitude puisque le parent s'identifie à l'enfant et revit en les lui donnant, les soins qu'il a lui-même reçus. On peut donc comprendre que l'enfant sera difficilement investi de façon positive si les parents ont vécu carences et violences dans leur enfance ou si certaines caractéristiques de l'enfant font qu'ils ne peuvent s'identifier à lui.

Certains enfants sont plus exposés que d'autres aux mauvais traitements : les enfants nés prématurément ou hospitalisés de façon itérative pendant leurs premières années pour des raisons organiques.

La mère séparée de son enfant n'a pu établir avec lui les premiers échanges et interactions, source de plaisir mutuel. Certes, des progrès considérables ont été faits dans les services de pédiatrie pour accueillir les parents, favoriser leur présence auprès de l'enfant, leur

éventuelle participation aux soins quotidiens. Mais certains d'entre eux, trop angoissés ou empêchés pour des raisons matérielles, n'ont pu profiter de ces progrès et se trouvent au retour de l'enfant totalement démunis devant un bébé qu'ils n'ont pu investir et qu'ils supporteront d'autant moins bien qu'il peut présenter des difficultés d'alimentation, de sommeil, des troubles du développement psychomoteur.

Peu à peu s'établit une relation tendue, exempte de plaisir mutuel et qui peut devenir maltraitante.

a) Les grossesses multiples – la gémellité

Aux difficultés dûes à la prématurité souvent associée, s'ajoutent celles consécutives au surcroît de fatigue occasionné par les soins aux bébés, à une certaine angoisse devant le fait d'avoir à investir plusieurs enfants de façon suffisante et individualisée et ceci surtout quand il s'agit de jumeaux identiques.

b) Troubles psychosomatiques et troubles du comportement

Certains parents justifient et excusent leurs conduites agressives par l'existence de difficultés dont leurs enfants seraient consciemment coupables : chez l'enfant petit sont incriminés l'anorexie, les troubles du sommeil, les colères ; chez l'enfant plus grand, l'énurésie, l'encoprésie, les troubles du comportement, agitation et provocations ou apathie et repli. De véritables cercles vicieux se créent : rejet et mauvais traitements de la part des parents, troubles qui s'aggravent chez les enfants.

c) Les enfants handicapés

Petits, ils sont source d'angoisse, de culpabilité, de dépression. Ils peuvent susciter des réactions franchement agressives ou des attitudes de rejet, d'abandon, de négligences.

Plus grands, adolescents, ils sont plus souvent qu'on ne le croit exposés à des abus sexuels dans la famille.

d) Les enfants cibles

L'enfant cible est celui qui parmi ses frères et sœurs a un statut particulier de victime, de bouc émissaire. Ce concept mérite quelques critiques : un examen attentif révèle assez fréquemment que la fratrie est aussi soumise à des brimades moins voyantes. L'enfant cible est pour un moment donné le symptôme du malaise familial, s'il est retiré de la famille, il est fréquent qu'un autre enfant devienne à son tour l'enfant victime.

Les situations le plus souvent retrouvées à l'origine de la désignation d'un enfant comme victime sont, en dehors de celles déjà décrites : la naissance après un deuil - grands-parents, enfant plus âgé - le statut de l'enfant par rapport au couple : enfant adultérin, enfant d'un autre lit, enfant dont la naissance a entraîné le départ du père ou une union non désirée.

3.3 - L'AFFECTIVITÉ DES SOIGNANTS FACE AUX PARENTS MALTRAITANTS

3.3.1 Définition de l'affectivité (1)

C'est l'ensemble des états affectifs : sentiments, émotions et passions d'une personne. On distingue habituellement dans la vie de l'homme, trois domaines : l'activité, l'intelligence et l'affectivité. Une telle distinction est purement arbitraire car ces trois éléments sont indissociables. Cela est particulièrement sensible dans l'affectivité. Cet ensemble constitue la partie la plus fondamentale de la vie mentale, non seulement la base à partir de laquelle s'édifient les relations interhumaines, mais encore tous les liens unissant l'individu à son milieu. Même une fonction abstraite, comme la pensée, est sous-tendue par nos manières de sentir et affectée par nos émotions.

3.3.2 - Les mouvements émotionnels des soignants (IDE/puéricultrice) face aux parents maltraitants.

D. Levèvre-Leandri décrit les difficultés réactionnelles des professionnels face aux parents maltraitant comme étant « *l'angoisse, la peur, le déni, le sentiment de toute-puissance ou impuissance, voire de dépression* ».

Elle ajoute que « *la relation perturbée de l'enfant à sa famille (surtout lorsque ce dernier est très jeune) entraîne un double mouvement émotionnel chez les professionnels. D'une part, la mise en avant de la défaillance parentale, associée aux sentiments d'impuissance ou de toute puissance. D'autre part, le sentiment de rivalité avec la mère (désir coupable de prendre cette place pour protéger l'enfant) va induire une négation et une inhibition dans l'action du professionnel* » (2)

(1) Norbert Sillamy – Dictionnaire de la psychologie. Page 9 – 1989 ed. Larousse

(2) D. Lefèvre-Léandri – L'enfance maltraitée accueillie à l'hôpital –Ed. Les études hospitalières – page 133

F. Gembelle parle très précisément du comportement infirmier face à la maltraitance. Il met en avant « *la part de subjectivité de l'infirmière dans le recueil des informations, souvent manifestée par les interprétations personnelles qu'elle donne (et non qu'elle propose), des faits observés* » (1)

En effet, il ajoute que « *plus encore que le pédiatre et le travailleur social, l'infirmière à grand peine à ne pas porter de jugements de valeur : ses contacts immédiats, directs et constants avec l'enfant lui font apprécier et « vivre », pour autant qu'elle soit affectivement impliquée, l'importance des dégâts physiques et/ou psychiques chez l'enfant et, dès que la situation s'améliore, les possibilités d'épanouissement qui sont en lui* » (1).

Par ailleurs, D. Rapoport et A. Roubergue, soulignent également que « *le fait d'aborder les familles des enfants victimes de sévices ou de délaissement n'est pas aisé* » (2). Ils précisent que « *l'état de l'enfant provoque en chacun de nous des identifications des bouleversements émotionnels tels, qu'ils peuvent bloquer toutes possibilités de contact avec les parents maltraitants ou provoquer des attitudes inadaptées à leur détresse psychologique et matérielle ou à leur pathologie* ». (2)

Pour le Dr Lebovici, « *la haine est un sentiment naturel devant des parents maltraitants, après, on peut élaborer ça. Mais la haine commence* » (3). L'intensité des réactions émotionnelles des intervenants face à la maltraitance est d'autant plus grande qu'ils sont dans une relation proche avec l'enfant et ses parents.

Le Dr. Lamour ajoute que « *dans les pathologies du lien, il est fréquent que les parents soient dans l'impossibilité de demander de l'aide directe. L'extérieur étant considéré comme dangereux. Il est donc très important que les intervenants aillent vers eux* ». (3) Les puéricultrices et les infirmières, par conséquent.

(1) F.Gembelle – *Revue d'action sociale* n° 6 _ Nov/Déc 1980 – page 52

(2) D.Rapoport , A.Roubergue , *Neuropsychiatrie de l'enfance* , n°1 , Janv. 1988 , p. 35 à 40

(3) Dr Lebovici et Dr Lamour - synopsis de la vidéo : [Liens d'amour, liens de haine](#)

4. HYPOTHÈSE DE TRAVAIL

De part mes recherches et mes différentes rencontres auprès de professionnels spécialistes de la maltraitance, j'ai, par conséquent, posé l'hypothèse suivante :

« L'infirmière/puéricultrice, face à des parents maltraitants, surmonte son affectivité en construisant une relation de distanciation ».

Pour mieux comprendre mon hypothèse de travail, il est nécessaire de définir et d'approfondir le terme « distanciation ».

4.1 - DÉFINITION

Distanciation : « *recul pris par rapport à un événement* ». (1)

Par extension on peut parler de la distanciation comme la « bonne distance » par rapport à une situation, un événement, des émotions.

4.2 - APPRENDRE À GÉRER SES ÉMOTIONS

D'après C. de Saint-Sauveur, « *se former à devenir infirmière puéricultrice conduit à une réflexion sur ses propres réactions en différentes situations dans le but de se munir de repères et pouvoir gérer au mieux* :

- *ses sentiments de compassion ou d'indignation ;*
- *ses élans de générosité et son besoin de protéger autrui ;*
- *ses réactions de révolte devant l'injustice, la maltraitance ».*

Elle précise que « *l'objectif n'est pas de gommer les émotions de notre vie, ni personnelle, ni professionnelle car ce sont des états psychophysiques qui permettent à l'individu d'attacher une valeur à des significations, des objets, des actions [...] les émotions sont dotées de significations positives ou négatives et ont une valeur vitale pour le sujet. La valeur (positive ou négative) d'une émotion est étroitement liée aux circonstances. Ainsi on peut parler d'émotion positive lorsque le sujet se sent valorisé, rassuré ; et d'émotion négative quand il se sent agressé ou diminué* ». Dans le cas de la maltraitance, il s'agit d' « *émotion négative* ». (2)

(1) Le Petit Larousse Illustré – Édition 2000 – page 341

(2) Le guide de la puéricultrice – Ed. Masson 2002 –page 57

C'est ce qui explique la nécessité de réfléchir à ses réactions émotionnelles, de tenter de les repérer et d'apprendre à les maîtriser ; ceci afin qu'en situation de maltraitance, elles ne suppriment pas toute distanciation vis à vis des parents, ni n'envahissent l'espace communicationnel. Entrer en communication avec des parents maltraitants nécessite un véritable "savoir être" de l'infirmière/puéricultrice.

4.3 - LE "SAVOIR ÊTRE" DE L'INFIRMIÈRE FACE AUX PARENTS MALTRAITANTS

V. Giguère et N. Lafortune (1) sont deux infirmières québécoises qui travaillent auprès de familles maltraitantes. Elles proposent un "savoir être" vis à vis de ces parents qui permettra au soignant de créer une "bonne distance" relationnelle et de ne pas se laisser envahir par son affectivité :

- Des attitudes de respect inconditionnel des compétences et des valeurs d'autrui, de non-jugement et d'acceptation des différences sont indispensables à une intervention efficace ; elles requièrent une sensibilité à l'égard de la diversité sociale. L'infirmière doit percevoir la famille comme ayant des habiletés et des aptitudes à devenir plus compétente.
- De plus, l'infirmière doit accorder de l'importance au savoir expérientiel de ces familles. Elle doit se percevoir comme une partenaire de la famille dans la résolution des problèmes et non comme une experte. Elle doit avoir un intérêt à interagir de manière égalitaire sans poser de jugements.
- L'infirmière doit prendre conscience que les conditions de vie de ces familles influent grandement sur leurs capacités à remplir leur rôle parental. Aussi, elle doit faire preuve d'une ouverture aux aspects contextuels et environnementaux. Son intervention doit viser à mettre en place un contexte ou un environnement favorable au développement de la compétence parentale, plutôt que d'assurer une responsabilisation excessive de la personne face à sa situation.
- Enfin, une bonne connaissance de soi, un sens de la créativité, de l'autonomie professionnelle ainsi qu'une bonne capacité à reconnaître l'apport des autres membres de l'équipe aideront l'infirmière à travailler en équipe interdisciplinaire.

(1) V. Giguère et N. Lafortune – revue l'infirmière du Québec Sept/Oct 2002 page 35

5. ENQUÊTE SUR LE TERRAIN

5.1 - MÉTHODOLOGIE UTILISÉE

Afin d'affirmer ou d'infirmer mon hypothèse, il était nécessaire de confronter et d'approfondir ces recherches par une enquête sur le terrain. Pour cela, deux solutions s'offraient à moi : mener des entretiens ou proposer des questionnaires.

J'ai opté pour la première solution car cette méthode des entretiens me permettait de connaître vraiment le point de vue de professionnels sur ce sujet.

Cela me permettait, également, lors des ces entretiens de recentrer le discours de ces personnes sur les véritables informations que je souhaitais recueillir et de créer un dialogue où les informations supplémentaires pouvaient ressortir.

Difficultés lors de l'enquête :

Mes entretiens ont été enregistrés sur cassette audio (le but de ces enregistrements était de permettre une retranscription fidèle des dires des professionnels). J'ai pu ressentir, dans un premier temps, des gênes et des blocages dûs à l'enregistrement, qui ont par la suite disparus au cours de la discussion.

Il était nécessaire pour cette enquête d'interroger des professionnels qui avaient été en contact avec des parents maltraitants. Dans le service où j'ai réalisé mon entretien exploratoire, peu d'infirmières/puéricultrices ont connu de telles situations.

De plus, j'avais décidé d'effectuer quatre entretiens, ceci afin d'élargir mon recueil d'information. J'ai sollicité un autre centre hospitalier qui n'a pu répondre favorablement en raison d'une trop forte demande des étudiants infirmiers. Par conséquent, j'ai réalisé trois entretiens dans le même service.

Il est important de noter que mon enquête ne pourra être généralisée au vu de ces trois entretiens.

Objectifs de travail :

Pour élaborer ma grille d'entretien (1), j'ai dressé la liste des informations que je souhaitais recueillir. Ces informations correspondent aux objectifs que je m'étais fixé pour l'entretien :

- ⇒ Connaître la définition de la maltraitance par l'infirmière/puéricultrice,
- ⇒ Se renseigner sur le ressenti de l'infirmière/puéricultrice face à la maltraitance,
- ⇒ Appréhender la conception du travail de l'infirmière auprès des parents et des parents maltraitants,
- ⇒ Et enfin, connaître les relations entre les parents maltraitants et l'infirmière/puéricultrice.

5.2 - TALONS SOCIOLOGIQUES

Il est important de noter que ces trois entretiens ont été effectués auprès d'infirmières et d'infirmières-puéricultrices de services d'enfants en bas âge. L'anonymat concernant ces personnes leur a été signalé lors des entretiens et a été respecté tout au long de ce travail.

Entretien n° 1

- Mme T, femme de 28 ans
- Vit maritalement, sans enfant
- Diplômée infirmière depuis 1994 (8 ans)
- Diplômée puéricultrice depuis 1996 (6 ans)
- Exerce en pédiatrie auprès d'enfants en bas âge depuis 4 ans
- Auparavant, elle a travaillé quelques mois en intérim puis en maternité et enfin en service de néonatalogie.
- A étudié la maltraitance dans un module spécifique à l'école de puéricultrices.

(1) cf. Annexe 2

Entretien n° 2

- Mme I, femme de 40 ans
- Vit en concubinage, a une petite fille
- Diplômée infirmière depuis 1984
- Diplômée puéricultrice depuis 1985
- Travaille en pédiatrie auprès d'enfants en bas âge depuis 1985
- Auparavant, elle a travaillé en maternité et a effectué deux missions humanitaires.
- N'a pas eu de formation spécifique à la maltraitance.

Entretien n° 3

- Mme D, femme de 47 ans
- Vit maritalement, sans enfant
- Diplômée infirmière depuis 1995
- Auparavant, elle travaillait comme auxiliaire de puériculture en néonatalogie, de 1975 à 1992 (17 ans)
- N'a pas eu de formation spécifique à la maltraitance.

Ces trois entretiens se sont déroulés dans un service de pédiatrie, dans des chambres non utilisées. Dans ces chambres, se trouvaient un lit pour enfant, une table et deux chaises. Les entretiens ont eu lieu dans l'après-midi, sur leur temps de travail. Elles m'ont toutes précisé que peu d'enfants étaient hospitalisés ces jours là et qu'elles avaient du temps à m'accorder. Leurs collègues étaient prévenues, nous n'avons pas été dérangés pendant les interviews.

5.3 - PRÉSENTATION DES ENTRETIENS

Pour présenter mes entretiens et les résultats, je vais reprendre les thèmes développés dans les trois entretiens :

5.3.1 Définition de la maltraitance par l'infirmière/puéricultrice

Pour Mme T., la maltraitance est un « abus de pouvoir », « *c'est une façon d'exprimer sa force sur un être plus faible* », pour elle, la maltraitance est plutôt physique, sinon elle parle de la « *négligence comme étant un manque de soins de la part des parents* », « *ça peut*

être psychologique ». Elle a connu quatre cas de maltraitance physique et cinq cas de négligence.

Mme I me dit que la maltraitance : *« C'est avoir de gestes ou des actions complètement déplacées vis à vis d'un enfant, aussi bien physiques que moraux. La maltraitance peut être dans un contexte de méchanceté, mais aussi dans un contexte de déficit, dans un contexte familial défavorisé ou perturbé [...] le résultat de la maltraitance, c'est toujours une plaie pour l'enfant, physique ou psychologique. Les parents maltraitants ont souvent été des enfants maltraités »*. Mme I précise qu'il y a différentes sortes de maltraitance : la maltraitance physique et la maltraitance verbale, dans ce cas : *« Ce sont des parents qui ne sont pas, psychologiquement, stables pour pouvoir élever leur enfant »*. Elle me dit qu'elle est confrontée à des cas de maltraitance, deux ou trois fois par an.

Mme D, me parle de la maltraitance physique : *« des signes sur le corps de l'enfant »*, elle fait une différence avec la négligence qui est *« un manque d'alimentation ; des enfants sales »*. La maltraitance, *« c'est aussi un manque d'amour »*. Elle précise qu'elle a peu été confrontée à la maltraitance et me cite des exemples d'enfants maltraités qu'elle a connu.

5.3.2 Ressenti de l'infirmière/puéricultrice face à la maltraitance

Mme T a une perception personnelle et perception professionnelle de la maltraitance. D'un regard personnel, elle parle d'*« incompréhension »*, *« on ne comprend pas qu'un enfant puisse subir des violences quelles qu'elles soient de la part d'un adulte »* ; *« on est révolté ou indigné »*. D'un regard professionnel, elle dit que *« on doit voir ça un peu différemment »*, mais *« la première pensée est la même, on réagit en tant qu'être humain, on est gêné, on est mal à l'aise »*. Cependant, passée la première pensée, elle précise *« après, on est amené à voir l'ensemble du contexte avec les parents [...] on peut donc expliquer la maltraitance, [...], du coup, ça rend les gens plus humains »*.

Mme T me dit qu'elle peut comprendre la maltraitance : *« Tout le monde peut se retrouver dans le cas où on peut se poser la question de savoir si soi-même, on n'est pas en train d'aller vers ça »*. De plus, *« quand on creuse les histoires, on peut comprendre que les gens n'arrivent pas à maîtriser leurs gestes [...], qu'ils en viennent à agir comme ça [...] je*

crois qu'on peut comprendre, c'est une manifestation de leur mal à eux ». Elle ajoute pour finir sur ce thème : « on ne le supporte pas, mais on le comprend ».

Mme I me dit d'emblée que *« avec du recul, la maltraitance, ça peut arriver à tout le monde [...] ça peut arriver à n'importe qui, on ne peut pas dire « moi, je ne taperai jamais mon enfant » [...] la seule chose, c'est qu'il y a des parents qui ont des facilités pour réfléchir avant d'agir, il y en a d'autres qui ont du mal à faire ça [...] par rapport à des contextes sociaux ou familiaux ».* Elle précise que *« c'est un geste qui paraît complètement aberrant tant qu'on n'a jamais travaillé en pédiatrie [...] mais du moment où l'on connaît l'histoire, on creuse, souvent il y a une histoire personnelle qui resurgit quand ils ont des enfants, [...] quand on a des enfants soi-même, on se rend compte qu'ils peuvent vous mener à bout et on peut être amené à faire des gestes ».*

Elle ajoute que *« personnellement, on se pose toujours la question : pourquoi ? mais à partir du moment où on sait discuter avec quelqu'un, je pense qu'il faut avoir du recul, pour pouvoir discuter avec les gens sans les accuser ».*

Mme I comprend la maltraitance, elle précise que *« ces gens là ne sont pas assez soutenus, c'est souvent un appel au secours, il y a quelque chose qui ne va pas ».* Cependant elle ne comprend pas que *« les gens aient du mal à demander de l'aide, quand on leur propose et quand ils sont seuls ».*

Mme D me dit qu'elle est avant tout, soignante et qu'elle se concentre sur l'enfant, les soins à l'enfant. Elle précise *« nous, on dit toujours qu'on est pas là pour juger. Nous, on est soignants, après s'il y a un autre problème, c'est le juge, c'est pas nous ».* Elle ajoute *« c'est toujours difficile à comprendre quand on a pas été dans ces milieux là [...] et pourtant, quand on lit les dossiers ; les histoires familiales, on peut concevoir certaines choses ».* Lorsque je lui demande si elle peut comprendre la maltraitance, elle me reprend : *« Non, ça, je n'arrive pas à comprendre, surtout par rapport à des petits enfants. Je n'arrive pas à le comprendre, mais ça doit s'expliquer, certainement, par le passé des parents, c'est compliqué ».*

5.3.3 Conception du travail de l'infirmière/puéricultrice auprès des parents et des parents maltraitants.

Pour Mme T, l'accueil des parents est très important, *« c'est là-dessus que va reposer la qualité de l'hospitalisation, [...], on va pouvoir échanger à ce moment là », « c'est là qu'on installe la confiance »*. Elle ajoute *« quand on est à l'aise au niveau technique [...] on prend plus en compte leurs réflexions »*.

Alors que, avec les parents maltraitants *« pendant un certain temps, on est à marcher sur des œufs ; on essaie de ne pas dire n'importe quoi [...] donc c'est un peu difficile »*. Cependant, elle précise *« on les inclut dans les soins, au moins pour s'occuper directement de l'enfant et puis ça permet de voir quelles relations il y a entre eux et leur enfant »*.

Elle ajoute que toute l'équipe est concernée : *« on discute pas mal, on provoque des réunions pour essayer d'aller dans le même sens [...], c'est important pour n'importe quel enfant, mais d'autant plus pour des enfants maltraités »*.

Pour Mme I, le travail avec les enfants, c'est d'abord par les parents *« moi, j'ai du mal à soigner les enfants quand je n'ai pas vu les parents »*. *« C'est les parents qui connaissent leur enfant, ils vont prendre la relève »*, elle précise *« à partir du moment où on discute avec eux, ils se sentent bien avec nous »*.

Concernant les parents maltraitants, Mme I me dit que *« ça dépend du contexte, mais on essaie de les faire participer »*, elle ajoute : *« de toute façon, nous, on n'est pas amené à être juge ici, il faut qu'il y ait une complicité entre les parents et nous [...] si vous les accusez d'emblée, ils ne vous écouteront plus, donc il ne faut pas les juger et c'est la seule façon qu'ils reviennent s'ils en ont besoin »*. *« On demande donc, de leur donner à manger ; à boire ; de les changer. Elle conclue « il y a toujours quelqu'un qui essaie, dans ces cas là d'être présent à côté d'eux »*.

Pour Mme D, *« le parent a une place primordiale, il peut rester avec l'enfant, jour et nuit »*. Elle me dit qu'il y a eu un gros travail sur l'accueil : *« on a travaillé en groupe pendant plusieurs années pour accueillir l'enfant et sa famille »*. De plus, *« on soigne l'enfant dans sa famille et pas seulement sa pathologie, l'enfant est pris en charge, son environnement aussi »*, *« on propose aux parents de participer un maximum aux soins »*.

Pour les parents maltraitants, Mme D dit : *« on fait en sorte qu'ils participent aux soins »*. Cependant, *« avec les parents maltraitants, on est assez suspicieux, on ne les laisse*

pas forcément tous seuls dans la chambre, des gens qu'on ne sent pas bien, on a un regard plus vigilant ».

5.3.4 Relations entre les parents maltraitants et l'infirmière/puéricultrice

Lorsque Mme T me parle des relations avec les parents maltraitants, elle me dit : *« Je pense que je fais comme pour les autres », « quand c'est une négligence c'est plus facile, parce qu'on peut donner des conseils, essayer de voir pourquoi ils agissent comme ça à la maison ».*

Elle ajoute *« ils n'ont pas les moyens de donner le minimum à leur enfant [...] donc on a des petits trucs à leur donner ou des relations à créer avec d'autres personnes qui pourraient les aider, [...], donc là, on a un rôle éducatif [...] on arrive souvent à créer des liens ».* Elle continue en précisant *« on arrive à ne pas les juger, parce qu'il y a toujours une explication ».*

Dans son explication sur la relation avec les parents maltraitants, Mme T me dit : *« Il faut rester un peu à l'écart de leur histoire », « il faut essayer de prendre du recul, de rester à sa place, professionnellement ».* Mais quand elle parle des enfants maltraités, elle me dit : *« c'est le genre d'enfant dont on se souvient. Mais pour les parents, je n'y pense pas ou plus ».*

Pour finir, elle ajoute *« comme dans toutes les situations difficiles, on arrive à prendre pas mal de temps pour en parler (en équipe) et puis il y a toujours un psychologue qui est prêt à être présent ».*

Mme I. accueille les parents maltraitants en leur disant, *« votre enfant a été hospitalisé, on m'a demandé de le soigner [...]. Moi, je suis là pour le soigner, pour faire en sorte qu'il aille bien, moi, je ne sais pas ce qui c'est passé ».* Elle me dit *« on n'est jamais sûr qu'ils sont maltraitants, on n'est pas les flics, on est pas la justice [...] des fois, ils ont peur qu'on les juge, on n'est pas juge ».* Elle continue *« je pense qu'à partir du moment où les parents se rendent compte qu'on ne les juge pas, ils peuvent discuter avec nous [...] il peut y avoir une complicité, parce qu'elle est contente qu'on l'écoute ».*

La relation avec les parents maltraitants, c'est « *pour soigner l'enfant, l'enfant et les parents* ». Concernant l'enfant, elle précise que « *un enfant maltraité est hospitalisé plus longtemps, donc il y a une petite affinité qui se crée avec le soignant, [...] mais c'est comme avec d'autres enfants* ».

Dans la relation avec les parents maltraitants, Mme I parle aussi de ses réactions : « *on a un nœud au ventre, quand on sait que les parents sont là, on est toujours inquiet* » ; « *C'est toujours la peur, on ne sait jamais comment ces gens là vont réagir, [...] parfois, ils nous traitent de tous les noms* ». Mais « *ce sont pas des choses que je ramène à la maison [...] moi, quand je sors du boulot, c'est fini* ». Elle finit par « *c'est vrai qu'il peut y avoir des choses qui nous trottent dans la tête [...] j'en ai reparlé avec les collègues de travail [...] je crois qu'on est une bonne équipe pour en parler entre collègues* ».

Mme D me parle de l'accueil avec les parents maltraitants : « *Je reste polie, mais je n'ai pas le sourire comme je peux l'avoir quand je rentre dans une chambre, il y a quand même quelque chose qui ne passe pas, je ne fais pas d'allusion, je donne des nouvelles (...) le poids ; la température ; s'il a bien mangé [...], ça reste très basique, je ne me lance pas dans des discours* ». « *C'est pas facile* ». Elle me raconte l'histoire d'un père maltraitant, très violent verbalement : « *Je me disait pourvu qu'il ne vienne pas [...], dès que le père est là, on n'a pas le même comportement, on ne connaît pas trop leurs réactions* », « *les agressions verbales, c'est assez fréquent* ». « *Ils ne sont pas trop dans le dialogue, ils sont assez dans l'agressivité par rapport à nous, ils revendiquent assez, parce qu'on les soupçonne* ». Cependant elle précise : « *Je dois avoir une façon de me protéger, une façon de prendre du recul, je reste professionnelle, toujours dans l'intérêt de l'enfant, si on commence à être désagréable, c'est toujours l'enfant qui en subit les conséquences* ».

Concernant les relations en cours d'hospitalisation, entre les soignants et les parents maltraitants, Mme D me dit : « *pour l'intérêt de l'enfant, on les fait participer pareil. On dit bien que pour l'enfant, ils restent ses parents, [...] Il faut bien la privilégier (la participation), mais on a toujours une arrière pensée dans nos têtes, et puis on ne comprend pas* ».

Dans un premier temps, Mme D me dit qu'il est difficile de « couper » avec le travail, de prendre du recul « *des fois, on n'est pas très clair* » [...] *infirmier général, c'est un métier où on a du mal à couper, [...] il y a une responsabilité, une pression* »

Puis dans un second temps, elle continue « *je n'ai pas le souvenir que ça m'ait pris la tête, parce que je suis soignante avant tout, tout ce qui est la culpabilité, c'est le rôle de la*

justice, c'est une autre partie. Être soignant, c'est savoir prendre du recul, je ne crois pas qu'on puisse prendre toute la misère du monde sur nos épaules ».

Concernant les enfants, elle me dit *« nous, quand l'enfant n'est pas bien, c'est vrai que c'est perturbant, mais on en parle entre collègues et ça nous soulage ».*

5.4 - ANALYSE ET COMMENTAIRES

5.4.1 Définition de la maltraitance par l'infirmière/puéricultrice

Concernant la définition de la maltraitance, les infirmières/puéricultrices interrogées donnent une définition assez similaire à la définition de l'ODAS, précédemment citée dans le cadre conceptuel. En effet, pour l'ODAS, la maltraitance : *« c'est un enfant victime de violences physiques [...] d'actes de cruauté mentale... »*, lors des entretiens, les infirmières/puéricultrices me parlent toutes de ces notions de maltraitance physique et de maltraitance psychologique : *« la maltraitance est plutôt physique [...] ça peut être psychologique »*, *« Il y a différentes sortes de maltraitements : la maltraitance physique et la maltraitance verbale »*, *« des signes sur le corps de l'enfant [...] c'est aussi un manque d'amour ».*

Ces infirmières/puéricultrices ont une conception globale de la maltraitance : une sphère physique et une sphère psychologique.

Une, cependant, approfondit sa définition en précisant que *« le résultat de la maltraitance, c'est toujours une plaie pour l'enfant, physique et psychologique »*, cette infirmière/puéricultrice prend en compte le retentissement que peut avoir la maltraitance sur l'enfant.

De plus, pour deux infirmières, la définition de la maltraitance est marquée par un ressenti personnel, pour une *« c'est un abus de pouvoir [...] c'est une façon d'exprimer sa force sur un être plus faible »*, pour l'autre : *« des gestes ou actions complètement déplacés vis-à-vis d'un enfant »*. Pour ces deux infirmières, on peut noter la part d'affectivité dans leurs définitions, comme citée dans la définition de l'affectivité : *« la pensée »* de ces infirmières *« est sous-tendue par leurs manières de sentir et affectée par leurs émotions ».*

5.4.2 Ressenti de l'infirmière/puéricultrice face à la maltraitance

Concernant leur ressenti personnel, une infirmière parle d'« incompréhension », « on ne comprend pas qu'un enfant puisse subir de telles violences », « on est révolté, indigné ». Une autre me dit « *Je n'arrive pas à comprendre, surtout par rapport à des petits enfants* ». La troisième ajoute : « *personnellement, on se pose toujours la question : pourquoi ?[...] je ne comprends pas que les gens aient du mal à demander de l'aide quand on leur propose* ».

Dans ces citations, on peut voir l'affectivité des infirmières face à la maltraitance. Pour rappel, l'affectivité, « *c'est l'ensemble des états affectifs : sentiments, émotions et passions d'une personne* ». Dans ces cas, les sentiments et les émotions des infirmières sont l'incompréhension, la révolte et l'indignation.

Ces sentiments et émotions sont générés par l'opposition qui existe entre la maltraitance et leurs valeurs professionnelles : la primauté de la vie, le respect et le bien-être de la personne.

A travers ces citations, on peut remarquer que leur affectivité prime par rapport à leur distance professionnelle.

Cependant, toutes les infirmières/puéricultrices interviewées ont un regard professionnel qui diverge de leur perception personnelle. Toutefois, Mme T. me dit concernant son point de vue professionnel : « *on doit voir ça différemment, mais la première pensée est la même, on réagit en tant qu'être humain* ». On peut voir dans cette citation, la difficulté qu'elle a se détacher de son ressenti personnel. Par la suite, elle explique : « *après, on est amené à voir l'ensemble du contexte avec les parents [...] on peut donc expliquer la maltraitance [...] du coup, ça rend les gens plus humains [...] quand on creuse les histoires, on peut comprendre que les gens n'arrivent pas à maîtriser leurs gestes [...] on ne supporte pas mais on comprend* », ses collègues ajoutent : « *Avec du recul, la maltraitance, ça peut arriver à tout le monde* », « *Du moment où l'on connaît l'histoire, on creuse, souvent, il y a une histoire personnelle qui resurgit* », « *quand on lit les dossiers, les histoires familiales, on peut concevoir certaines choses [...] je n'arrive pas à le comprendre mais ça doit s'expliquer par le passé des parents* ».

Dans ces différentes citations, on peut voir que le regard professionnel est teinté du ressenti personnel. On peut comprendre ce raisonnement car l'infirmière n'est pas, distinctement, un individu et un soignant mais un individu qui soigne, c'est à dire une personne qui agit en fonction de ses valeurs professionnelles mais aussi individuelles, les deux étant inséparables.

Cependant, elles mettent en place une démarche professionnelle qui va leur permettre d'aboutir à une certaine compréhension de la maltraitance. Elles vont tenter de comprendre le contexte qui de prime abord est révoltant, indignant,..., par un processus professionnel. C'est à dire, par une analyse de la situation dans son ensemble : l'histoire des parents, le contexte socio-familial ; et par une prise en compte de l'enfant dans sa famille et dans son environnement, elles vont aboutir à une appréhension de la maltraitance.

V. Guiguère et N. Lafortune, précédemment citées, (cf. partie 4.3), parlaient du savoir-être de l'infirmière face aux parents maltraitants : *« L'infirmière doit prendre conscience que les conditions de vie de ces familles influent grandement sur leurs capacités à remplir leur rôle parental. Aussi, elle doit faire preuve d'une ouverture aux aspects contextuels et environnementaux »*.

On retrouve chez les trois infirmières/puéricultrices interviewées, cette prise de conscience de l'histoire familiale qui leur permet une analyse plus objective des situations de maltraitance.

Par conséquent, ce processus professionnel va leur permettre de ne pas se laisser envahir par leur affectivité et de prendre du recul face à de tels cas.

5.4.3 Conception du travail de l'infirmière/puéricultrice auprès des parents et des parents maltraitants

Pour toutes les infirmières interviewées, les parents (non maltraitants) ont une place très importante dans l'hospitalisation de l'enfant : *« C'est là dessus que va reposer la qualité de l'hospitalisation »*, *« J'ai du mal à soigner l'enfant quand je n'ai pas vu les parents »*, *« le parent a une place primordiale »*.

Dans ces différentes citations, on peut voir la nécessité du travail avec les parents pour que l'hospitalisation de l'enfant soit satisfaisante. L'infirmière/puéricultrice ne soigne pas une pathologie mais un enfant dans son environnement, le parent est partenaire de soins.

Cette partie n'est pas en rapport avec ma problématique, cependant, elle permet de voir la différence de prise en charge entre les parents et les parents maltraitants.

Avec ces derniers, les trois infirmières parlent de participation aux soins mais sous surveillance, *« on les inclue dans les soins [...] ça permet de voir quelles relations il y a entre eux et leurs enfants »*, *« on fait en sorte qu'ils participent aux soins [...] on est assez suspicieux, on ne les laisse pas forcément tous seuls dans la chambre, des gens qu'on ne sent*

pas bien, on a un regard plus vigilant », « on demande donc de leur donner à manger, à boire, de les changer[...] il y a toujours quelqu'un qui essaie, dans ces cas là, d'être présent à côté d'eux ».

On peut remarquer ici, que les infirmières ne sont pas confiantes, le parent maltraitant nécessite une surveillance pour qu'il n'y ait pas à nouveau un passage à l'acte. Cependant, elles sont dans une logique d'observation, observer les parents pour comprendre leurs réactions et les évaluer. La notion d'affectivité n'est pas mise en jeu ici. Toutefois, elles se placent ici, comme précédemment cité dans la partie sur le savoir-être, non pas « *comme des expertes* » mais « *comme des partenaires de la famille dans la résolutions des problèmes* ». L'infirmière de part une distanciation suffisante peut observer les parents lors du soin afin d'évaluer et d'analyser leurs capacités à s'occuper de leur enfant .

Sur sa conception du travail auprès des parents maltraitants, une infirmière ajoute : « *de toute façon, nous, on n'est pas amené à être juge ici, il faut qu'il y ait une complicité entre les parents et nous [...] si vous les accuser d'emblée, ils ne vous écouteront pas , donc il ne faut pas les juger et c'est la seule façon qu'ils reviennent s'ils ont besoin* ».

On peut remarquer à nouveau dans cette citation qu'elle se situe comme partenaire de la famille. Son intervention ici, « *vise à mettre en place un contexte favorable au développement de la compétence parentale* » (cf.partie 4.3.). Il est important de noter aussi son non jugement qui lui permet d'accorder aux parents des aptitudes à devenir plus compétents.

5.4.4 Relations entre les parents maltraitants et l'infirmière/puéricultrice

Deux infirmières me disent que les relations avec les parents maltraitants ne sont pas aisées : « *je reste polie, mais je n'ai pas le sourire comme je peux l'avoir dans une autre chambre il y a quelque chose qui ne passe pas* », « *c'est pas facile* », « *pourvu qu'ils ne viennent pas* », « *on n'a pas le même comportement* », « *on ne connaît pas leurs réactions* », « *je ne me lance pas dans des discours* », « *on a un nœud au ventre quand on sait que les parents sont là, on est toujours inquiet* », « *c'est toujours la peur, on ne sait jamais comment ces gens là vont réagir* ».

A travers toutes ces citations, on peut voir comme le dit D. Lefèvre -Léandri (cf.partie 3.3.2) les mouvements émotionnels des infirmières face aux parents maltraitants comme étant « *l'angoisse et la peur* », ce sont les deux réactions qui ressortent le plus .Comme le dit

F.Gembelle : « ...*l'infirmière a grand peine à ne pas porter de jugement de valeur* », on peut voir ici leur méfiance face aux éventuelles réactions des parents.

De plus, une infirmière précise lorsqu'elle accueille les parents : « ...je ne sais pas ce qu'il s'est passé [...]on n'est jamais sûr qu'ils sont maltraitants ». Ici apparaît comme le dit D.Lefèvre-Léandri : « *le déni* ». Elle sait que l'enfant est maltraité mais pour ne pas entrer en conflit avec les parents, elle préfère rester en retrait et ne pas affirmer la maltraitance parentale.

Nous pouvons constater que dans certaines situations les infirmières ne se détachent pas des sentiments et émotions qu'engendrent les relations avec les parents maltraitants. Leur affectivité est mise en avant et non pas leur recul professionnel

Cependant, une affirme : « *je pense que je fais comme pour les autres* ». On peut dire ici qu'elle fait preuve de non-jugement, elle accepte les différences de ces parents pour intervenir plus efficacement. Elle ajoute : « *quand c'est une négligence , c'est plus facile, parce qu'on peut donner des conseils , essayer de voir pourquoi ils agissent comme cela à la maison [...] on a des petits trucs à leur donner ou des relations à créer avec d'autres personnes qui pourraient les aider [...] donc là on a un rôle éducatif [...] on arrive souvent à créer des liens* ».

Il ressort plusieurs éléments de cette citation. D'une part ; la négligence (comme manque de soins) pour elle, paraît plus facile à accepter que la maltraitance. D'autre part, grâce à une distanciation professionnelle elle peut mettre en place son rôle éducatif , créer des liens .Comme le disent V.Guiguère et N.Lafortune (cf.4.3), l'infirmière ici met en place un contexte favorable au développement de la compétence parentale. Elle se situe comme une partenaire de la famille. Elle reconnaît aussi les autres professionnelles, elle n'est pas seule dans la prise en charge de la famille maltraitante mais elle travaille en équipe interdisciplinaire.

Dans cette partie sur la relation avec les parents maltraitants deux infirmières parlent de non-jugement : « *on arrive à ne pas les juger parcequ'il y a toujours une explication* », « *on n'est pas des flics, on n'est pas des juges[...] je pense qu'à partir du moment où les parents se rendent compte qu'on ne les jugent pas ils peuvent discuter avec nous[...] il peut y avoir une complicité* ». Dans ce cas, elles ne sont pas envahies par leur affectivité, elles arrivent à prendre conscience que les conditions de vie de ces familles influent sur leurs capacités à remplir leur rôle parental et font preuve de non jugement ce qui leur permet à nouveau de favoriser le développement parental.

De plus, elles me parlent toutes du recul professionnel : *« il faut essayer de prendre du recul de rester à sa place, professionnellement », « je dois avoir une façon de me protéger, une façon de prendre du recul je reste professionnelle toujours dans l'intérêt de l'enfant , si on commence à être désagréable c'est toujours l'enfant qui en subit les conséquences », « être soignant c'est savoir prendre du recul je ne crois qu'on puisse prendre toute la misère du monde sur nos épaules ».*

Les infirmières pour ne pas être envahies par leur affectivité, prennent une distance professionnelle qui leur permet de travailler au mieux avec les parents maltraitants mais ceci toujours dans l'intérêt de l'enfant, ils sont pris en compte pour mieux le soigner. Une précise : *« on dit bien que pour l'enfant ils restent ses parents ».*

A travers ces entretiens, il ressort un aspect qui n'est pas en lien avec ma problématique. Il me paraissait cependant intéressant à développer. En effet, toutes les infirmières interviewées me parlent des situations d'enfants maltraités comme des histoires difficiles à oublier : *« c'est le genre d'enfant dont on se souvient », « il peut y avoir des choses qui nous trottent dans la tête ».* Le parent maltraitant ne reste pas forcément en mémoire contrairement à l'enfant maltraité. De plus, toutes s'accordent à dire que les relations entre collègues sont nécessaires pour évacuer ces histoires : *« comme dans toutes les situations difficiles on arrive à prendre pas mal de temps pour en parler il y a toujours un psychologue qui est prêt à être présent », « on en parle entre collègues et ça nous soulage », « on est une bonne équipe... ».*

D'après V.Guiguère et N.Lafortune, dans les situations de maltraitance, *« une bonne capacité à reconnaître l'apport des autres membres de l'équipe aideront l'infirmière à travailler en équipe interdisciplinaire ».* Et par conséquent, l'aideront à prendre du recul..

5.5 - SYNTHÈSE

A travers cette analyse, il ressort que travailler avec des parents maltraitants n'est pas chose aisée. Le vécu des infirmières face à de telles situations est souvent teinté de leur ressenti personnel, de leur affectivité, il est, donc, parfois difficile de travailler en collaboration avec ces familles. Cependant grâce à une distanciation professionnelle, elles réussissent à analyser, à comprendre ces réactions parentales et à mettre en place des actions qui permettent de les accompagner au cours de l'hospitalisation de leur enfant.

Par conséquent, je peux dire que mon hypothèse est à moitié vérifiée, en effet, dans certaines situations et avec certains parents, l'affectivité va venir entraver la relation : elles ne vont pas pouvoir garder une « bonne distance » alors qu'à d'autres moments, une distanciation va pouvoir se mettre en place et leur permettre de travailler en collaboration. Ainsi, la distanciation ne dépend pas que de l'attitude de l'infirmière mais aussi de l'attitude des parents maltraitants et de la maltraitance que l'enfant a subi.

Il est intéressant d'envisager des perspectives d'avenir concernant la relation avec ces familles :

-Lorsque de tels cas se présentent, il serait intéressant de faire intervenir différents professionnels de la maltraitance susceptibles d'épauler et d'écouter les infirmières dans leurs difficultés.

-Des formations concernant la relation parents maltraitants/soignants pourraient être pertinentes à mettre en place.

CONCLUSION GÉNÉRALE

Mon objectif était de montrer, à travers ce travail, l'affectivité de l'infirmière/puéricultrice engendrée par les parents maltraitants et d'expliquer que la distanciation lui permet de surmonter ses sentiments et ses émotions. On a pu voir dans l'analyse qu'il était, parfois, difficile de faire preuve de recul professionnel en fonction des situations et de l'attitude des parents.

J'ai montré tout au long de ce travail les attitudes que l'infirmière/puéricultrice pouvait mettre en place dans de telles circonstances. Cependant, une attitude de distanciation suffit-elle pour travailler avec des parents maltraitants ? Quelles actions peut elle mettre en place pour leur faire prendre conscience de leurs gestes et éviter un nouveau passage à l'acte ?

BIBLIOGRAPHIE

Ouvrages

LEANDRI LEFEVRE D., L'enfance maltraitée accueillie à l'hôpital, Les études hospitalières, Bordeaux : 1998, 161 pages

WINNICOTT D., De la pédiatrie à la psychanalyse, Petite bibliothèque Payot, Paris

ROUYER M., GIRODET D., STRAUSS P., MANCIAUX M., GABEL M., MIGNOT C., L'enfant maltraité, Fleurus, Paris : 1993, 696 pages

SILLAMY N., Dictionnaire de la psychologie, Larousse, Paris : 1989, 290 pages

GASSIER J., DE SAINT SAUVEUR C., Le guide de la puéricultrice, Masson, Paris : 2002, 1056 pages

EVENO B., Le petit larousse illustré, Larousse, Paris : 2000, 1784 pages

Articles

MILKOVITCH M., La genèse de la maltraitance chez l'enfant : micro-analyse phénoménologique d'un cas à partir des données de l'évaluation psychologique, Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence, numéro 2-3, mars, 1991, pages 111 à 118

RAPOPORT D., ROUBERGUE A., Les enfants en danger ou maltraités : rôle d'une équipe hospitalière face à la pathologie parentale, Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence, numéro 1, janvier, 1988, pages 35 à 40

AGOSTINI D., Difficultés rencontrées dans les prises en charges psychothérapeutiques de parents maltraitants, Cahiers du CTNERHI, numéro 46, avril/juin 1989, pages 60 à 69

GUIGUERE V., LAFORTUNE N., Intervenir à domicile auprès des familles négligentes et maltraitantes, L'infirmière du Québec, septembre/octobre 2000, page 35

GEMBELLE F., Enfants gravement négligés et/ou objets de sévices : intérêt d'une approche multidisciplinaire, Revue d'action sociale, numéro 6, novembre/décembre 1980, pages 45 à 57

Vidéo

LEBOVICI S., LAMOUR M., Liens d'amour, liens de haine, réalisée par le département de psychopathologie clinique, biologique et sociale de l'enfant et de la famille, le centre de soins spécialisés à domicile (Fondation Rothschild) et le département de pédagogie des sciences de la santé, Université Paris Nord, numéro 1 et 2, 1990, 34 et 30 minutes

Textes officiels

Décret n° 2002-194 du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier, articles 5 et 11

Code Pénal : article 226-13 et article 226-14

Circulaire DGS/407/2B du 9 juillet 1985 du Ministère des Affaires Sociales, non parue au Journal Officiel, intitulée : L'enfant maltraité et l'hôpital

Documents non publiés

Dépliants de l'association française d'information et de recherche sur la maltraitance, Paris

ANNEXE 1

ANNEXE 2

GRILLE D'ENTRETIENS

THÈMES	QUESTIONS
<i>Définition de la maltraitance</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Qu'est-ce que pour vous la maltraitance ? ▪ Combien de fois y avez-vous été confronté ? ▪ Quel type de maltraitance ?
<i>Ressenti sur la maltraitance</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Que pensez-vous de la maltraitance ? (d'une façon globale) <ul style="list-style-type: none"> ➔ Regard professionnel ? ➔ Regard personnel ? ▪ Qu'est-ce que cela évoque pour vous ? ▪ Pouvez-vous « comprendre » la maltraitance ?
<i>Conception du travail auprès des parents</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Comment concevez-vous votre travail auprès des parents ? (point de vue global) ▪ Dans la charte de l'enfant hospitalisé, les parents sont partenaires de soins, qu'en est-il avec les parents maltraitants ?
<i>Relation avec les parents maltraitants</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Rencontrez-vous les parents maltraitants ? Dans quelles conditions ? ▪ Comment les abordez-vous ? <ul style="list-style-type: none"> ➔ Quel accueil ? ▪ Quelles sont vos premières réactions ? ▪ Que pensez-vous à ce moment ? ▪ Comment vous comportez-vous ? ▪ Quelles relations établissez-vous dans un premier temps ? Et ensuite ? Au cours de l'hospitalisation ? ▪ Prennent-ils conscience de leurs actes et comme les amenez-vous à ?

RESUMÉ

Beaucoup d'enfants victimes de maltraitances parentales sont hospitalisés dans les services de pédiatrie, certains sont accompagnés par leurs parents durant l'hospitalisation.

l'infirmière/puéricultrice est alors amenée à soigner l'enfant avec ces familles maltraitantes.

Comment peut-elle établir une relation et gérer au mieux ces situations ?