

## **De l'usage des cinq sens aux paroles :**

La communication avec le nouveau-né de 0 à 3 mois



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

Date du rendu : 25/05/2021.

Directrice de Mémoire : Madame FLORINDO Caroline.

Note aux lecteurs : « *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* »

## REMERCIEMENTS

*« Seul on va plus vite, ensemble on va plus loin ».* Proverbe Africain

C'est au travers de cette citation que je trouve très juste que je me dois de remercier certaines personnes pour leur précieuse aide dans l'élaboration de mon travail de fin d'étude.

Tout d'abord, je souhaiterais remercier ma directrice de mémoire, Mme FLORINDO, pour sa présence, son écoute et son soutien dans l'élaboration de ce travail.

Je remercie également l'ensemble des professionnels qui se sont portés volontaires pour répondre à mes questions dans le cadre des entretiens. Ils m'ont permis d'enrichir ma phase exploratoire et m'ont apporté une partie de leur expérience professionnelle.

Pour finir, je souhaiterais remercier ma famille et mes amies, Mélanie et Virginie, pour leur soutien tout au long de ces trois années de formation.

A toutes et à tous un grand MERCI.

## TABLE DES MATIERES

1	INTRODUCTION.....	1
2	SITUATION D'APPEL.....	2
3	CADRE DE REFERENCE.....	4
3.1	Le développement de l'enfant.....	4
3.1.1	La théorie du développement de l'enfant par Piaget.....	4
3.1.2	La théorie du développement de l'enfant par Wallon.....	6
3.1.3	La théorie du développement de l'enfant par Lev Vygotski.....	7
3.1.4	L'enfant de Donald Woods Winnicott.....	8
3.2	Le développement du nouveau-né de sa naissance à l'âge de 3 mois.....	9
3.2.1	Le développement sensoriel et moteur.....	9
3.2.2	La communication et la création des liens.....	10
3.2.3	Le développement affectif.....	14
3.3	Le rôle relationnel infirmier auprès du nouveau-né de 0 à 3 mois.....	14
3.3.1	Généralités et définitions.....	15
3.3.2	Accompagner l'allaitement maternel.....	17
3.3.3	Préparer à la sortie.....	17
4	ENQUETE EXPLORATOIRE.....	20
4.1	Présentation de la méthodologie.....	20
4.1.1	L'outil.....	20
4.1.2	La population et les lieux.....	20
4.1.3	Déroulement de l'enquête.....	21
4.2	Présentation et analyse des résultats.....	22
4.2.1	Le Talon Sociologique.....	22
4.2.2	Le nouveau-né.....	22
4.2.3	Les 5 sens.....	23
4.2.4	Le rôle relationnel infirmier auprès du nouveau-né de 0 à 3 mois.....	25
5	PROBLEMATIQUE.....	28
6	CONCLUSION.....	31
7	BIBLIOGRAPHIE.....	32

# **1 INTRODUCTION**

L'humain est un être sociable doté d'une sensibilité à plusieurs niveaux. Il possède plusieurs sens qui se complètent tels que le goût, l'odorat, l'ouïe, la vue et le toucher. Nous, soignants, sommes en perpétuelle communication avec les patients que nous prenons en charge. Non seulement à l'aide de la parole, mais surtout, à l'aide du toucher. Dans le cadre de ma formation, j'ai eu la chance de pouvoir exploiter le toucher relationnel lors de la prise en charge d'une personne en soins palliatifs. C'est à ce moment-là que j'ai pris conscience, que nos gestes avaient parfois plus de valeurs que nos paroles pour la personne soignée.

C'est donc grâce à cette situation vécue, que j'ai compris que je souhaitais orienter ma réflexion sur ce que peut apporter l'usage des cinq sens dans la communication auprès des nouveau-nés.

Dès la naissance, le nouveau-né est en perpétuelle communication avec son environnement. Le regard, les pleurs, les vocalises, les mimiques, le nouveau-né renvoie une multitude de signaux et de réflexes archaïques qu'il faut prendre le temps d'observer. Dans les trois premiers mois de vie, le regard et le toucher sont les modes de relation principale. En tant que professionnels de santé, la communication est primordiale dans la relation que nous pouvons tisser. Elle n'est pourtant pas toujours aisée et c'est pour cela que je me suis intéressée à la thématique de la communication non verbale à l'aide de l'usage des cinq sens auprès des nouveau-nés. Cela fait également partie de nos compétences infirmières. En effet, la compétence 6 stipule que nous devons savoir : « communiquer et conduire une relation dans un contexte de soin ».

Dans un premier temps, je vais décrire la situation qui m'a menée sur cette thématique, par la suite, je développerai le cadre de référence que j'ai envisagé afin d'éclairer ma question de départ. Je continuerai en décrivant la méthode exploratoire choisie et j'analyserai mes entretiens. Je finirai par la problématique.

Enfin, je conclurai mon travail.

## **2 SITUATION D'APPEL**

J'ai effectué mon stage du semestre 3 dans un EHPAD (Etablissement d'hébergement pour Personnes Agées Dépendantes). Celui-ci est composé de trois secteurs ouverts où nous pouvons rencontrer différentes pathologies et un secteur fermé, qui lui, est réservé aux résidents ayant des démences de type Alzheimer.

Dans cet établissement est présent un médecin coordinateur, qui sur la structure, est présent minimum une fois par semaine et facilement joignable en cas d'urgence mais également d'autres professionnels comme les aides-soignantes, la psychologue, le kinésithérapeute, l'animatrice, la cadre de santé et bien sûr généralement une voir deux infirmières, cela dépend des jours.

La situation que je vais décrire s'est déroulée à mi-chemin de mon stage. C'était un matin aux alentours de 11h. Nous étions, l'infirmière et moi-même, sur le point de nous rendre dans la chambre d'un monsieur que je nommerai Mr A qui est en soins palliatifs et, à ce moment-là, en fin de vie. C'est alors que je me questionne. Qu'en est-il quant à la prise en charge de la douleur chez les personnes âgées en soins palliatifs et en fin de vie ? Quelles sont les alternatives existantes à la prise en charge de ces personnes ? Que signifie les « soins palliatifs » ? Quels textes de lois encadrent ces pratiques ? Quel est le rôle et la place de l'infirmière dans la mise en œuvre de ces pratiques ?

Le protocole de soins qui avait été mis en place consistait en la pose de lunettes à oxygène réglées à 2L et un patch de Matrifen 50 mcg, qui est un antalgique de pallier 3. Sa toilette était faite à deux pour lui éviter trop de douleurs lors des déplacements.

De plus, Monsieur A ne s'alimentait plus et ne s'hydratait plus. Des soins de bouches lui étaient donc administrés deux fois par jour afin d'éviter les sécheresses buccales dues à sa respiration. Je me demande alors ce qu'est une relation d'aide ? Qu'est-ce que signifie « soins de confort » et que peuvent-ils apporter ? Quel est le rôle infirmier dans la mise en œuvre de ces soins ? Quelles autres complications pourraient survenir ?

Depuis peu, nous pouvions observer chez Monsieur A une altération de l'état cutané qui se manifestait par des apparitions d'escarres au niveau des points d'appui tels que la colonne vertébrale, le sacrum et les talons. Ainsi, en accord avec les autres infirmières, nous avons décidé de ne pas soigner ses escarres étant donné la superficie de ceux-ci et la douleur que pouvait engendrer des manipulations quotidiennes pour refaire les pansements.

Cependant, nous avons mis en place des moyens pour le soulager en modifiant sa position à l'aide de coussins pour empêcher toute compression algique sur ses escarres. Il était donc positionné sur le côté avec un coussin derrière son dos et un autre au niveau de son buste. Un troisième coussin a été placé entre ses pieds et un autre entre ses genoux pour éviter les points d'appuis. Il est aussi important de préciser que ce monsieur avait un matelas à air pour limiter l'apparition de nouvelles altérations de l'état cutané.

Enfin, nous avons décidé avec l'infirmière d'appliquer de l'huile de massage sur ses bras, ses mains et ses jambes afin de le soulager grâce à des moyens non médicamenteux et qui permettent d'hydrater sa peau. Suite à cela, je me demande donc quelles peuvent être les limites de l'infirmière quant à la prise en charge de la douleur ? Quelles autres alternatives peuvent exister à la prise en charge de la douleur ?

Par la suite, nous avons pu voir un effet bénéfique pour ce résident puisque son visage, qui était crispé au début, s'est détendu. Au regard de ce que j'ai pu observer et effectuer, je me questionne alors sur les autres formes de communication qui peuvent exister. Qu'est-ce que le toucher a pu apporter dans la communication avec cette personne ? Comment communiquer avec une personne non communicante sans avoir recours à l'usage de la parole ? Quelles peuvent être les limites de la communication non verbale ? Quels sont les bienfaits du toucher en termes de confort dans la prise en charge de Mr A ?

Mon projet professionnel étant de devenir infirmière puéricultrice, cette situation m'a permis de comprendre que je souhaitais mener cette réflexion non pas au sujet des personnes en fin de vie non communicantes, mais plutôt au sujet des nourrissons, qui certes peuvent communiquer, mais qui n'ont pas encore la voix pour exprimer leurs ressentis et leurs besoins.

C'est pour cela que j'en viens à me poser la question de départ suivante :

**« Qu'est-ce que l'usage des cinq sens peut apporter dans l'approche relationnelle de l'infirmier avec le nouveau-né de 0 à 3 mois ? ».**

### **3 CADRE DE REFERENCE**

Afin d'apporter une piste réflexive sur ma question de départ qui, je le rappelle, est : « **Qu'est-ce que l'usage des cinq sens peut apporter dans l'approche relationnelle de l'infirmier avec le nouveau-né de 0 à 3 mois ?** », j'ai fait le choix d'introduire mon travail en traitant l'aspect développemental de l'enfant puis plus précisément du nouveau-né de 0 à 3 mois. Par la suite, il me semblait essentiel de poursuivre cet écrit sur la communication non verbale et l'usage des cinq sens. Pour finir, je développerais le rôle de l'infirmière puéricultrice en service de maternité.

#### ***3.1 LE DEVELOPPEMENT DE L'ENFANT***

Dans le but d'apporter une diversité d'approches sur le développement de l'enfant, j'ai fait le choix de développer le point de vue de différents professionnels tels que Jean Piaget, Henri Wallon, Lev Vygotski et enfin, Donald Woods Winnicott. C'est donc dans cette première partie de mon cadre de référence que nous allons étudier les différentes théories qui existent autour du développement de l'enfant. Je commencerai par Piaget, poursuivrai par Wallon puis par Lev Vygotski et finirai par Winnicott.

##### ***3.1.1 La théorie du développement de l'enfant par Piaget***

Jean Piaget est un biologiste, psychologue, logicien et épistémologue suisse né le 09 août 1896 et décédé le 16 septembre 1980.

Les concepts clés de sa théorie portent sur la notion de schème et d'autre part sur la notion d'adaptation, elle-même caractérisée par trois processus fondamentaux : l'assimilation, l'accommodation et l'équilibration. Jean Piaget caractérise l'intelligence comme : « le prolongement sur le plan mental de l'adaptation organique ». C'est-à-dire qu'il considère que l'humain a une capacité d'adaptation lui permettant de s'adapter à chaque milieu environnant. Pour Piaget il existe une base biologique au développement de l'intelligence, et ce, dès la naissance. Il a un point de vue constructiviste ce qui signifie que le sujet construit lui-même ses structures.

### **3.1.1.1 La notion de stade**

De la naissance à l'âge adulte, Piaget considère qu'il y a 3 stades du développement de l'intelligence.

Premièrement, il y a l'intelligence sensori-motrice qui s'étend de la naissance à deux ans et se divise en 6 stades successifs :

- *« Stade 1 (de 0 à 1 mois) : celui de l'exercice des réflexes.*
- *Stade 2 (1, 4 et 5 mois) : c'est l'acquisition des premières habitudes et réflexes.*
- *Stade 3 (4, 5 et 8/9 mois) : apparition de la coordination « vision-préhension ».*
- *Stade 4 (8/9-11/12 mois) : coordination des schèmes et l'utilisation des moyens connus pour atteindre des objectifs.*
- *Stade 5 (11/12-18 mois) : c'est la découverte des moyens nouveaux.*
- *Stade 6 (18-24 mois) : c'est le stade de l'intériorisation et de la combinaison mentale des schèmes. Il est considéré comme un stade de transition avec le stade ultérieur qui n'est autre que la mise en place de la pensée opératoire concrète. » p45*

Pour Piaget, l'intelligence sensori-motrice est une intelligence liée à l'action, les actions matérielles d'un enfant qui agit dans son environnement réel. Et ce sont ces actions qui je cite « permettent à l'enfant de construire et de structurer progressivement le réel sur lequel il agit ».

Par la suite, vient la pensée opératoire concrète. Ce stade s'étend de 2 ans à 11-12 ans et se divise, lui-même, en trois stades : la pensée symbolique (2 à 4 ans), la pensée préopératoire ou intuitive (4 à 7-8 ans) et enfin la pensée opératoire (7-8 à 11-12ans).

La fonction symbolique, pour Piaget, correspond à l'apparition de la capacité de représentation, l'enfant devient capable de se représenter le réel. La pensée préopératoire ou intuitive se caractérise, au début, par son égocentrisme. Selon l'auteur, Virginie Laval : *« l'égocentrisme traduit l'incapacité de l'enfant à se décentrer et à coordonner son propre point de vue avec celui d'autrui » p18*. Cet égocentrisme diminue progressivement d'une pensée égocentrique pure à une pensée intuitive. Celle-ci mène l'enfant sur le chemin de la pensée logique.

L'avènement de la pensée opératoire concrète, selon l'auteur porte sur *« du matériel concret »* et ce sont les objets qui servent de base aux raisonnements de l'enfant.

Selon Piaget, ce qui distingue l'opération de l'intuition c'est que l'opération se rapporte aux transformations et que les transformations sont réversibles. L'intuition, elle, n'est plus réversible.

Et enfin, la pensée opératoire formelle. Ce stade s'étend de 11 à 16 ans et se divise en deux stades : la genèse des opérations formelles (11/12 ans à 14 ans) et les structures opératoires formelles (14 à 16 ans). Ce stade se sert du stade précédent, qui je le rappelle est la pensée opératoire concrète. En effet, au stade précédent le sujet avait construit des groupements d'opérations relatives à des domaines différents. Selon l'auteur, au niveau formel il s'agit de « *construire une structure générale qui permettra d'englober et de coordonner ces différents domaines* » p20. Ici il s'agit plutôt d'un stade de consolidation.

### ***3.1.1.2 La méthode de Jean Piaget***

Afin d'étudier le développement, notamment de l'intelligence, chez l'enfant, Jean Piaget a utilisé deux méthodes qui sont les suivantes :

- L'observation provoquée : période avant l'apparition du langage chez l'enfant.
- La méthode clinique concerne les périodes ultérieures du développement.

### ***3.1.2 La théorie du développement de l'enfant par Wallon***

Henri Wallon est un psychologue, neurologue et homme politique français né en 1879 et décédé en 1962.

Pour Henri Wallon, l'individu est un être biologique et social. La théorie Wallonienne appuie sur le fait que, dès sa naissance, le nouveau-né apparaît comme : « *un être social et biologiquement immature* » p74. Cela signifie qu'il est dans l'incapacité de subvenir seul à ses besoins vitaux et à agir sur des objets. Le social est donc indispensable à la survie du nouveau-né, il a besoin de son entourage pour survivre.

### **3.1.2.1 La notion de stade**

Pour Wallon, les étapes du développement de la personnalité comportent six stades. Premièrement, le stade de l'impulsivité motrice qui s'étend de 0 à 6 mois. Cette période est marquée par une dépendance totale du nouveau-né qui utilise une gestuelle désorientée qui correspond à des réactions de pure impulsivité. Par la suite vient le stade émotionnel à orientation centripète. Le nourrisson commence à avoir des intentions plus marquées et plus volontaires dans le but d'exprimer ses émotions et de communiquer avec son entourage.

De 1 an à 3 ans, l'enfant commence progressivement à acquérir la marche et le langage, il est en effet capable de saisir des objets et parfois même de les nommer. C'est une période qui permet à l'enfant : « *d'acquérir progressivement des connaissances* » p84. Il s'agit donc du stade sensori-moteur et projectif.

L'ensemble de ces connaissances acquises permettent à l'enfant de développer sa personnalité et de s'affirmer. Il s'agit du stade du personnalisme. Les premières crises apparaissent aux alentours de 3 ans avec le « non », puis, vers 4 ans début la période de « grâce » où l'enfant veut plaire et enfin vers 5 ans il essaie d'imiter l'adulte.

Le stade catégoriel, allant de 6 à 11 ans, permet à l'enfant de développer une activité plus centrée sur l'intellectualisme. Celui-ci se détache du réel afin de développer sa propre pensée, une pensée plus abstraite. Il passe alors : « *d'une pensée dite « pré-catégorielle » à une pensée dite « catégorielle »* » p84.

Et enfin, le stade de la puberté et de l'adolescence qui débute à partir de 11 ans. Ce stade est considéré comme une deuxième crise dans le développement. Pour Wallon : « *L'adolescent atteint un mode de raisonnement abstrait* » p84.

### **3.1.3 La théorie du développement de l'enfant par Lev Vygotski**

Lev Vygotski est un pédagogue psychologue soviétique né le 5 novembre 1896 dans une petite ville de Biélorussie.

Les principes de base de sa théorie est l'étude du développement des fonctions psychiques supérieures, c'est-à-dire, l'attention volontaire, la mémoire logique et la pensée verbale.

Pour Virginie Laval, dans la théorie de Vygotski « *le langage est clairement défini comme un instrument psychologique privilégié* » p94. Il évolue en trois temps : « *d'abord le langage social, puis, le langage égocentrique pour enfin finir sur un langage intérieur* » p94. Celui-ci a pour but d'avoir un moyen d'échange, d'action sur l'entourage et de liaison sociale. Le langage constitue une étape dans le développement de l'enfant. Le langage égocentrique est décrit comme étant une activité vocalisée même si cela ne s'adresse pas à son prochain. Par la suite, le langage égocentrique va devenir un langage intériorisé, l'enfant est désormais en mesure de penser sans prononcer les mots. Cela met en avant la transition entre fonctionnement inter-psychique et fonctionnement intra-psychique, processus important du développement de l'enfant.

Un autre point fort de la théorie de Vygotski, les relations existantes entre développement et apprentissage. Pour lui : « *l'apprentissage débute dès la naissance de l'enfant et non pas uniquement au moment de l'entrée à l'école* » p96. Ce qui caractérise toute forme d'apprentissage c'est l'existence d'une : « *zone proximale de développement* » p96 Pour ce psychologue, la notion de stade n'est pas évoquée. Il préfère se baser sur deux axes essentiels qui sont le développement du langage et l'apprentissage et le développement.

### ***3.1.4 L'enfant de Donald Woods Winnicott***

Donald Woods Winnicott est un pédiatre, psychanalyste, théoricien ouvert sur le monde. Il a notamment marqué le monde analytique, celui de tous les professionnels de l'enfance, et tout autant influé sur l'évolution des idées.

Pour Winnicott, il n'existe qu'un seul sujet, l'enfant. En effet, les théories freudiennes s'éloignent de la pensée de ce pédiatre. Pour lui, l'enfant comporte trois caractéristiques : premièrement l'enfant naît dans un état de dépendance absolue, deuxièmement, l'enfant est complètement dépendant de sa mère et de l'environnement nourricier et enfin, malgré le fait que l'enfant soit considéré comme complètement dépendant, il possède tout de même un minimum d'autonomie et d'indépendance ce qui peut paraître assez contradictoire.

RJE Bacon rédige en l'an 2000 un article sur l'enfant de Winnicott afin de mettre en lumière les éléments importants des ouvrages de ce pédiatre. Pour elle, parmi les caractéristiques de l'enfant décrite par Winnicott, il existe certains paradoxes.

Dans un premier temps : « *l'impuissance totale de l'enfant, sa grande fragilité sont ce qui lui offre cette position absolument centrale qui transforme l'environnement autour de lui : par la demande de l'enfant à être porté, la mère est transformée de sujet en objet* » p63. Deuxièmement : « *la mère [...] doit cesser d'avoir une vie indépendante : bien qu'elle ait tout pouvoir sur lui, elle devient un être totalement soumis à l'enfant* » p63. Pour Winnicott, l'infans est un non-parlant avec lequel la mère doit être au premier plan.

Maintenant que j'ai finis d'évoquer le développement de l'enfant en terme général, je vais dès à présent restreindre mon champ de recherche au développement du nouveau-né de 0 à 3 mois.

Dans un premier temps je me concentrerai sur le développement sensoriel et moteur, par la suite je ferais une partie sur la communication et la création des liens et enfin je terminerai par le développement affectif.

## **3.2 LE DEVELOPPEMENT DU NOUVEAU-NE DE SA NAISSANCE A L'AGE DE 3 MOIS**

Selon Bernard Valade, sociologue français, le sens est défini comme étant : « *l'ensemble de l'appareillage permettant le traitement spécifique des informations en provenance du monde extérieur ; cet appareillage est formé des quatre organes récepteurs spécialisés, auquel s'ajoute le toucher* ».

Il me semble essentiel de définir le terme de nouveau-né avant de développer la suite de mon écrit. Selon le dictionnaire Larousse le nouveau-né est : « *un enfant de sa naissance jusqu'à son 28<sup>ème</sup> jour de vie* ».

### **3.2.1 Le développement sensoriel et moteur**

D'après A. Baudier et B. Céleste, des études ont pu prouver qu'à partir de 35 semaines d'aménorrhées, les composantes auditives du fœtus seraient proches de celles d'un adulte. Chez le nouveau-né, après la naissance, d'autres travaux auraient permis de montrer que certaines stimulations auditives possèderaient des effets bénéfiques sur le nouveau-né.

Par exemple : « *Un effet d'endormissement, de retour au calme chez les nouveau-nés (Murooka 1976) et des conséquences positives pour le développement pondéral des nouveau-nés (Salk, 1973)* » p36.

Pour ces auteures : « Les recherches les plus récentes montrent que les capacités pré-natales portant sur la perception de la parole humaine persistent après la naissance et qu'elles jouent un rôle à la fois dans l'établissement des liens avec les adultes et dans l'acquisition du langage » p37. Cela signifie donc que l'usage de la communication dès l'existence de la vie intra-utérine joue un rôle majeur dans la création des liens.

En ce qui concerne le goût : « *Dès la naissance, si on ajoute une solution sucrée au biberon du nouveau-né, on remarque une augmentation en fréquence et en rapidité du comportement de succion. L'ajout d'une solution amère, au contraire, entraîne une diminution voir un arrêt de ce comportement (Desor, 1973)* » p 37-38. Il s'agit donc d'un sens très développé dès la naissance chez le nouveau-né.

Pour le toucher et le mouvement, selon Streti (1994), la sensibilité cutanée est fonctionnelle dès huit semaines et demie d'aménorrhées pour la région péribuccale. De plus, une sensibilité à la douleur peut apparaître lors d'un examen par exemple. Le fœtus ressent les piqûres et a une attitude de retrait. De Vries et Allie (1982) ont montré que le fœtus pouvait de lui-même de façon volontaire ou non, produire des mouvements. A la fin du deuxième mois de grossesse, des mouvements du corps entier peuvent apparaître ainsi que des sursauts et des hoquets. Selon les auteures : « ces mouvements [...] traduisent une manifestation de la maturation nerveuse sans valeur adaptative ou bien ils jouent un rôle préparatoire, permettant à l'organisme de s'exercer pour la période postnatale ».

### ***3.2.2 La communication et la création des liens***

« Communiquer c'est d'abord dire, relever, confier, puis échanger, s'ouvrir et, enfin, transmettre » Dr Marie Thirion.

J'ai souhaité introduire cette partie par une définition qui m'a interpellée et que je trouve très juste.

### **3.2.2.1 L'équilibre et la communication**

Selon l'auteure, il faut : « *considérer un nouveau-né d'emblée comme un être de communication, être de langage et de parole* » p242. Cela va lui permettre d'acquérir un équilibre avec les êtres qui l'entourent. « *Plus la relation des adultes avec l'enfant sera vraie et claire, plus l'enfant rentrera en communication avec eux, et plus il pourra découvrir le monde* » p243. Il est donc important que le nouveau-né soit entouré de personnes lui permettant d'établir une relation saine avec lui. De plus, « *l'enfant reconnaît son corps au travers des soins dont il est objet, il connaîtra sa peau parce qu'elle sera touchée. Il saura regarder parce qu'il aura vu le regard des autres. Il saura sentir et goûter parce qu'il aura senti et goûté le corps de sa mère* » p243. C'est donc grâce à l'adulte et aux interactions dont il bénéficie que le nouveau-né va se découvrir au fur et à mesure du temps. Ces interactions sont sources d'apprentissage, tous ces sens vont se développer et s'affirmer au contact des autres humains.

Au niveau de la construction de la personnalité, l'enfant va chercher des modèles auprès des personnes qu'il côtoie. L'enfant est le reflet de ses parents, si ses parents sont paisibles, il le sera aussi, si au contraire, les parents sont angoissés, l'enfant le sera.

### **3.2.2.2 La théorie de l'attachement**

Une étude de la « Strange Situation » (1971) a permis de relever les différents types d'attachements qui pouvaient exister. Le but était d'observer des enfants dans une pièce inconnue dans laquelle sont disposés des jouets. Les comportements des enfants sont enregistrés et analysés au cours d'une séquence composée de six épisodes différents.

Il existe différents types d'attachements : l'attachement de type « sécuritaire », l'attachement de type « anxieux », l'attachement de type « évitant » et l'attachement de type « désorganisé ».

Selon l'auteure : « *Les enfants ayant un attachement sécurisant explorent activement l'environnement tout en conservant un contact intermittent avec la mère. Quand elle disparaît ils présentent un état de détresse qui est remplacée par une recherche active de contact à son retour* » p.54. L'enfant se sent donc en sécurité lorsqu'il se trouve à proximité de sa figure d'attachement, c'est-à-dire sa mère. Et lorsque celle-ci disparaît l'enfant ne se sent plus en sécurité et ressent le besoin de retrouver le contact.

Concernant l'attachement évitant, les enfants sont : « *surtout intéressés par les jouets tout au long de la séquences. Ils ne manifestent pas de détresse pendant les séparations et évitent activement ou ignorent leur mère à son retour.* » p54.

L'attachement désorganisé peut être retrouvé chez des enfants à risque, c'est-à-dire chez les enfants ayant une déficience intellectuelle où les enfants vivant dans un environnement à risque (parents maltraitants). Selon l'auteure : « *Ces enfants se caractérisent par des comportements anormaux ou contradictoires en présence de leur mère. Ils vont vers elle et s'interrompent en détournant le regard, ou peuvent rester figés en son absence et se laisser tomber en pleurs à leur retour.* » p54.

Quant à l'attachement de type anxieux, les enfants semblent préoccupés par leur mère. Ils peuvent « *manifester de la colère, alternent au retour de la mère recherche de contact et résistance* » p55. Ils apparaissent au domicile souvent anxieux : « *leur mère est assez imprévisible avec une faible adaptation dans les interactions* » p55.

### **3.2.2.3 Les interactions adultes-enfants**

Robson et Moss (1975) notent que : « *le regard du bébé fixant sa mère donnait à celle-ci l'impression de s'adresser vraiment à une personne* » p90. Il est le moyen de communication privilégié entre les deux protagonistes.

Le sourire, quant à lui, intervient dès la naissance et plus particulièrement pendant les phases de sommeil. Selon l'auteure : « *Dès la deuxième semaine, les bébés sourient en période d'éveil et la voix humaine devient de plus en plus efficace pour déclencher le sourire. Au deuxième mois, le sourire est maintenant accompagné du plissement des yeux, d'un regard vif et d'un franc étirement des commissures des lèvres* » p92.

Plus l'enfant grandit, plus les mimiques du visage vont accompagner le sourire. Il deviendra alors un moyen d'attirer l'attention des adultes.

Les cris, les pleurs et les vocalisations apparaissent dès la naissance. Wolf (1967, cité in Cukier-Hémeury, 1992) distingue plusieurs cris en dehors du cri de naissance : « *le cri de faim, le cri de douleur, le cri de malaise ou de tristesse* » p96. Le nouveau-né a besoin de ces vocalises afin d'exprimer ses besoins, c'est sa façon de communiquer.

De ce fait, l'auteure nous indique que « *les réponses apportées par la mère aux cris vont influencer la fréquence et la nature des émissions sonores. L'effet de l'attitude maternelle est particulièrement net aux troisièmes et quatrièmes trimestres de la première année : les mères qui répondent rapidement aux cris et pleurs de leur enfant au cours des deux premiers trimestres ont des enfants qui pleurent moins que ceux dont les mères ont ignoré les cris pendant la même période* » p97.

#### **3.2.2.4 La régulation de la communication**

« *On a pensé pendant longtemps que, privé de parole, le nouveau-né ne pouvait pas communiquer* » Laurence Lagarde p14.

Pour la pédiatre et psychanalyste Françoise Dalto : « *Le bébé est sans cesse dans un désir de communication et tout ce qui émane de son corps en est une sur ce qu'il est et sur ce qu'il construit et découvre de l'autre* » p15.

Dans la communication chez le bébé, il y a une alternance de phases de réponses et de retraits. Les « pauses » que le bébé effectue lui permettent de contrôler ses états internes et de réguler l'afflux de stimulation du monde extérieur.

Pour Stern (1977) : « *l'attention et l'excitation de l'enfant croissent et décroissent en fonction des variations du stimulus présenté par la mère* » p104.

Selon l'auteure : « *On a observé depuis longtemps que le langage verbal de l'adulte possédait certaines caractéristiques qu'il n'utilise que lorsqu'il s'adresse à un enfant : énoncés courts, répétitifs, très modulés, à la syntaxe très simplifiée, accompagnés de mimiques du visage très accentuées* » p10. Le LAE (langage adressé aux enfants) est utilisé par les adultes afin de s'adapter à la capacité de compréhension de l'enfant.

Pour Laurence. L, les modes d'expression non-verbale privilégiés dans la communication soignant-nouveau-né sont le regard et le toucher.

### **3.2.3 Le développement affectif**

#### **3.2.3.1 Les émotions**

Après Wallon (1934), qui accorde aux émotions un rôle central dans le développement, les psychologues s'intéressent peu à ce phénomène.

Pour Wallon : « *Dans les premiers mois de sa vie, les seuls moyens d'actions du bébé sont des moyens d'expression, qui lui permettent de faire participer autrui à sa sensibilité [...]. Il est donc évident qu'à un moment de la vie les émotions, loin d'avoir un effet perturbateur, s'avèrent indispensables à la survie de l'enfant.* » p188

Pour Izard (1977) : « *Le bébé présente dès la naissance des émotions organisées en relation avec son degré de maturité et vitales pour son développement* » p190

La colère, la surprise et la joie sont des émotions qui apparaîtraient entre 1 mois et 4 mois de vie tandis que la peur et la timidité seraient des émotions qui apparaîtraient après 6 mois.

Ce point de vue est remis en question par Sroufe (1979) qui considère que les émotions sont dépendantes de l'enfant en fonction de ses expériences.

De plus, Wallon a pu montrer que le bébé a tendance à ajuster ses expressions émotionnelles en fonction de la présence de la mère.

L'ensemble des auteurs se rejoignent sur le fait que les émotions possèdent une valeur adaptative. Elles sont présentes dès la naissance et permettent à l'adulte de comprendre les besoins de leur nouveau-né tels que la faim, le froid etc... Il en va de même pour le sourire qui permet de développer le lien parent-enfant.

Maintenant que nos connaissances sur le développement de l'enfant sont enrichies, nous allons les mettre en lien avec le rôle relationnel infirmier.

### **3.3 LE RÔLE RELATIONNEL INFIRMIER AUPRES DU NOUVEAU-NÉ DE 0 À 3 MOIS**

Dans cette dernière partie du cadre de référence, je souhaite aborder le rôle infirmier auprès du nouveau-né de 0 à 3 mois.

### **3.3.1 Généralités et définitions**

Dans un premier temps il me semble essentiel de définir la notion de « care », mot anglais qui signifie prendre soin, très souvent employé pour définir notre rôle. Le « care » est considéré comme : *« une activité générique qui comprend tout ce que nous faisons pour maintenir, perpétuer et réparer notre “monde”, en sorte que nous puissions y vivre aussi bien que possible. Ce monde comprend nos corps, nous-mêmes et notre environnement, tous éléments que nous cherchons à relier en un réseau complexe, en soutien à la vie »* [Fischer et Tronto, 1991, p. 40].

D'après l'Ordre National des Infirmiers : *« La puériculture et la pédiatrie concernent l'enfant de la naissance à l'adolescence (0-18 ans), au sein de sa famille et de son environnement de vie. Dans ce champ, les infirmières et infirmiers spécialisés en puériculture sont des acteurs majeurs, tant pour la prévention et l'évaluation des facteurs de risques que pour les soins de haute technicité dans les situations de grande vulnérabilité ou le suivi global et coordonné des enfants et des adolescents »*.

L'infirmière puéricultrice ou l'infirmier puériculteur sont des : *« spécialistes cliniques experts en puériculture, pratiquant à la fois une démarche d'observation et d'analyse, la mise en œuvre d'un raisonnement clinique, l'élaboration d'un projet de soins et d'accompagnement global, des interventions coordonnées avec les partenaires »*. P-6

Le rôle de l'infirmière ou de l'infirmier spécialisé en puériculture auprès des nouveaux nés de 0 à 3 mois porte notamment sur :

- « - Les dépistages anténataux systématiques, le dépistage des maladies chroniques dans les premiers mois et années de la vie et à plus long terme du risque de handicap.*
- Les consultations infirmières et la participation au suivi de grossesse et post-natal (information, valorisation et accompagnement de l'allaitement maternel), suivi au retour à domicile, soutien aux premiers soins (la sortie de la maternité se faisant après 48h dans la majorité des cas), surveillance de l'ictère du nouveau-né qui apparaît de plus en plus à domicile, ce qui pose le problème du suivi post-natal.*

- *La protection de l'enfance dans le cadre de la loi du 5 mars 2007. Ce texte prévoit notamment que des actions d'accompagnement peuvent être assurées à domicile par le service de PMI, à la suite de l'entretien du 4ème mois de grossesse. Elle précise que ces actions relèvent du rôle de l'infirmière puéricultrice, pour préparer bien en avance la venue de l'enfant à naître lorsque la femme enceinte fait part de ses difficultés, et notamment de ses doutes sur ses capacités à s'occuper de son futur bébé.*
- *La prévention et le dépistage précoce des troubles du développement et des pathologies neurologiques et psychiatriques.*
- *La prévention des risques infectieux et le suivi des vaccinations*
- *Les soins et techniques d'alimentation et d'hydratation de la naissance à l'adolescence auprès de l'enfant sain et malade.*
- *L'appui à la parentalité et aux interactions précoces mère-enfant.*
- *Le dépistage des risques d'accidents domestiques et les actions de prévention auprès des familles. » P-5-6.*

L'infirmière puéricultrice ou l'infirmier puériculteur ne possède pas seulement un rôle de « technicien ». En effet l'aspect relationnel a une grande place dans cette spécialité et se doit d'être optimal afin de garantir une excellente prise en soin de l'enfant.

D'après Solange Kuessan Delavaud, infirmière puéricultrice : *« la puéricultrice est amenée notamment à accompagner des allaitements maternels, à suivre des jeunes femmes ayant vécu un déni de grossesse, à effectuer des réunions de conseils de sortie, à encadrer les auxiliaires de puériculture, les étudiants infirmiers ou les élèves sages-femmes et les aides-soignantes ».*

Je souhaiterais donc développer plus particulièrement l'accompagnement à l'allaitement maternel ainsi que les soins de préparation à la sortie en passant par la prévention de la mort subite du nouveau-né ainsi que du syndrome du bébé secoué.

### **3.3.2 Accompagner l'allaitement maternel**

Le rôle de l'infirmière puéricultrice est d'évaluer les connaissances du couple au sujet de l'allaitement afin de leur apporter toutes les informations nécessaires à la mise en œuvre de cette aventure.

Pour Solange.K : « *La notion d'accompagnement prend tout son sens car il s'agit de suivre le projet de la mère, de la soutenir en lui donnant sa place, en soulignant le rôle de l'enfant dans l'apprentissage de l'allaitement* ». De plus elle souligne le rôle de l'infirmier qui permet à la mère de : « *trouver les instants d'éveil favorisant les premières mises au sein. La puéricultrice valorise les réussites de l'enfant lors des suctions efficaces auprès de la mère afin que cette dernière puisse s'approprier cet allaitement* ». P13-14.

La mise en place de l'allaitement n'est pas toujours évidente, elle est propre à chaque personne surtout lorsqu'il s'agit du premier enfant : « *De nombreuses jeunes mères rencontrent des difficultés à mettre leur bébé au sein. Il est donc nécessaire non seulement de favoriser un rapprochement entre elles et leur bébé, mais également de rester près d'elles pour qu'elles s'approprient les moments de victoire lorsque l'enfant se met enfin à téter* » évoque Solange.K.

### **3.3.3 Préparer à la sortie**

#### **3.3.3.1 Prévenir la mort subite du nourrisson**

« *La mort subite du nourrisson est le décès brutal et inattendu, souvent pendant son sommeil, d'un nourrisson de moins d'un an considéré jusque-là comme bien portant* ». Cette définition internationale a été reprise par l'OMS dans la classification internationale des maladies.

La puéricultrice a un rôle de prévention, celui-ci a pour but d'éviter au maximum la survenue de ce drame en donnant différents conseils, notamment sur :

- Le couchage de l'enfant : « *sur le dos sans cocon ni couverture pour éviter le risque d'asphyxie* » p16 Cahier de la puéricultrice – Mai 2009 N°227.

- La température de la chambre du nouveau-né : *« la température recommandée est de 18 à 20°. Dans le cadre de la prévention de la mort subite du nouveau-né, le rôle de la puéricultrice est alors d'expliquer aux parents que l'enfant qui n'est plus immature régule sa température et qu'il doit dormir dans une pièce plus fraîche, mais que, pour son confort, le bain peut être réalisé dans un endroit plus chauffé »* p16-17.

### **3.3.3.2 Prévenir le syndrome du bébé secoué**

D'après la HAS (Haute Autorité de Santé) : *« Le syndrome du bébé secoué (SBS) est un sous-ensemble des traumatismes crâniens infligés ou traumatismes crâniens non accidentels (TCNA), dans lequel c'est le secouement, seul ou associé à un impact, qui provoque le traumatisme crânio-cérébral. »*

Le rôle de la puéricultrice prend alors tout son sens. La puéricultrice explique aux parents que : *« secouer un enfant peut entraîner des lésions neurologiques graves et des séquelles irréversibles ».*

Elle peut apporter des conseils concernant les pleurs de bébé : *« Il est important d'expliquer aux parents qu'après une phase d'éveil calme, l'enfant se retrouve en phase d'éveil agité, qu'il pleure pour solliciter l'attention de ses parents et souhaite un peu de tendresse. Les parents peuvent parler à l'enfant, le bercer, lui chanter une berceuse »* p 17.

Et si cela s'avère insuffisant, ils doivent surtout savoir demander de l'aide que ça soit : *« à l'autre parent, à leur entourage ou à la puéricultrice de la protection maternelle et infantile (PMI) pendant la journée, si l'enfant continue à pleurer et qu'ils se sentent trop fatigués ou énervés pour le consoler ».* p17

### **3.3.3.3 Réaliser des réunions de conseils de sortie**

L'infirmier puériculteur possède un rôle de prévention notamment au sujet de la mort subite du nourrisson comme j'ai pu l'exposer précédemment. Ces réunions permettent : *« de réajuster les connaissances des mères et de répondre aux nombreuses questions qu'elles se posent en matière de sortie et d'alimentation »* p13-14.

Ces temps d'échanges entre les mamans ont pour but d'apporter une réassurance pour permettre un retour à domicile dans de bonnes conditions. Cependant, en cette période assez particulière de pandémie, les réunions n'ont très souvent pas lieu afin d'éviter au maximum les contaminations.

## **4 ENQUETE EXPLORATOIRE**

### **4.1 PRESENTATION DE LA METHODOLOGIE**

Afin d'éclairer ma question de départ, il m'a fallu interroger des professionnels directement sur le terrain dans le but de pouvoir confronter mes données théoriques à des données pratiques plus centrées sur l'expérience du terrain.

#### **4.1.1 L'outil**

L'outil sur lequel mon attention s'est portée est l'entretien semi-directif. En effet, celui-ci permet d'apporter une guidance sans pour autant amener à des réponses fermées. Il permet de laisser au professionnel la possibilité de pouvoir développer sa réflexion au travers de questions ouvertes sans sortir du cadre de référence.

*L'entretien « peut être considéré comme une forme d'exercice spirituel, visant à obtenir, par l'oubli de soi, une véritable conversation du regard que nous portons sur les autres dans les circonstances ordinaires de la vie » (Bourdieu, 1993).*

Pour ma part, j'ai fait le choix de mener 4 entretiens semi-directifs. Ces entretiens devront durer entre 10 et 15 minutes, durée qui me semble suffisante au regard des questions que je souhaite poser. Afin de pouvoir structurer mes questions et les réponses qui me seront apportées j'ai réalisé un guide d'entretien (Cf Annexe II).

#### **4.1.2 La population et les lieux**

L'ensemble des entretiens réalisés se sont déroulés dans le même Centre Hospitalier. J'ai fait le choix de deux services différents. J'ai interrogé une infirmière et une infirmière puéricultrice en service de Néonatalogie. Par la suite, je suis allée dans un service de pédiatrie « petits-enfants » interroger une infirmière et une infirmière puéricultrice.

Mon but en interrogeant des professionnels n'ayant pas forcément la formation de puéricultrice est de pouvoir comparer les écarts de connaissances et de pratique, sans aucun jugement. Le nombre d'années passées sur le terrain ainsi que l'apport de formation peut m'amener à des réponses différentes qui peuvent être intéressantes à analyser.

Je vais donc, dès à présent, vous présenter les infirmiers que j'ai pu interroger :

- Entretien n°1 : Laura, infirmière en service de néonatalogie depuis 2019 et diplômée infirmière depuis 2015. Ses débuts se sont déroulés en service de cardiologie, elle s'est ensuite naturellement dirigée vers la néonatalogie, un service qui l'attirait depuis bien longtemps.
- Entretien n°2 : Sandra, infirmière puéricultrice en service de néonatalogie depuis 2008.
- Entretien n°3 : Camille, infirmière puéricultrice en service de Pédiatrie, Nourrissons et Chirurgie Infantile.
- Entretien n°4 : Morgane, infirmière en service de Pédiatrie, Nourrissons et Chirurgie Infantile depuis 2015.

Afin de garder l'anonymat des personnes interrogées, j'ai fait le choix de les nommer par un prénom différent.

### ***4.1.3 Déroulement de l'enquête***

Afin de pouvoir réaliser ces entretiens, j'ai rédigé une demande d'autorisation de réalisation des entretiens auprès du directeur des soins de l'hôpital que j'ai choisis. Dès la réception d'une réponse positive (Cf : Annexe III), j'ai pris contact avec les cadres des services que j'avais choisis. Ceux-ci m'ont proposé des dates de rendez-vous que j'ai accepté.

Dans un premier temps, j'ai effectué mes premiers entretiens en service de Néonatalogie. A mon arrivée, la cadre avait omis ma présence ce jour pour les entretiens. Les professionnels étant très occupés elle m'a proposé d'attendre l'équipe de nuit afin de voir s'ils seraient plus disponibles pour répondre à mes questions. J'ai accepté et j'ai patienté une heure en attendant l'équipe de nuit.

Une fois leur relève réalisée, deux infirmières puéricultrices ont accepté d'effectuer les entretiens. J'ai donc demandé l'autorisation d'enregistrer les entretiens à l'aide de mon dictaphone et je leur ai posé les questions en suivant mon guide d'entretien préalablement établi.

## ***4.2 PRESENTATION ET ANALYSE DES RESULTATS***

Afin de pouvoir analyser mes entretiens, je me suis servie d'une grille d'entretien (Cf Annexe II).

Dans un premier temps, mes premières questions portaient sur le talon sociologique de la personne interrogée. Ces questions avaient pour but de mieux cibler le parcours professionnel du soignant et donc de mieux examiner les écarts. Le deuxième thème portait sur le nouveau-né. Par la suite, j'ai posé des questions sur les cinq sens et enfin sur le rôle relationnel de l'infirmier auprès du nouveau-né de 0 à 3 mois.

### ***4.2.1 Le Talon Sociologique***

J'ai eu l'opportunité d'interroger 2 infirmières puéricultrices ainsi que 2 infirmières travaillant toutes auprès du nouveau-né de 0 à 3 mois. Mon choix de profil a donc été respecté comme je l'avais souhaité. Mon but était de pouvoir avoir différents points de vue en fonction du niveau de qualification mais aussi du nombre d'années passées sur le terrain. Le nombre d'années d'expérience en pédiatrie est assez varié en fonction des personnes interrogées, en effet cela varie de 2 ans d'expérience à 14 ans. Certaines soignantes ont directement fait de la pédiatrie tandis que d'autres ont commencé par des services d'adultes avant de faire le choix de travailler en pédiatrie.

### ***4.2.2 Le nouveau-né***

Dans cette deuxième partie, j'ai souhaité introduire l'entretien en demandant aux infirmières de me donner une définition du nouveau-né.

Pour certaines d'entre elles, il y a eu quelques difficultés à parvenir à me donner une définition complète. Cette question s'est avérée plus compliquée qu'elle n'y paraissait.

J'en ai retenu une phrase très intéressante du premier entretien que j'ai pu réaliser. L'infirmière a énoncé : « *J'ai pas trop les mots c'est des petits... warriors euh qui sont euh qui sont... attentifs a beaucoup de choses étonnamment même des prémas, les grands prémas perçoivent beaucoup de choses* » Entretien n°1- L 34 à 36. Elle appuie ici une notion très intéressante portant sur la perception du monde par les nouveaux nés. Elle ne développe pas exactement ce qu'ils perçoivent dans cette partie, mais nous le verrons dans un autre thème qui sera un peu plus loin dans mon développement.

Lors de mon deuxième entretien, une définition un peu plus complète apparaît : « *Le nouveau-né c'est un bébé qui vient de naître qu'on considère nouveau-né le premier mois à peu près, enfin, quinze premiers jours surtout* » Entretien n°2- L 28 à 29. Cette définition se rapproche un peu plus de la définition officielle du nouveau-né.

Camille, infirmière puéricultrice en pédiatrie m'a défini le nouveau-né d'une manière assez proche de la définition que j'ai donné ci-dessus. Quant à Morgane, infirmière en service de pédiatrie, elle a eu quelques difficultés à me donner une définition complète je l'ai donc un peu aiguillée dans sa réponse.

En confrontant avec le cadre de référence relatif à la définition du nouveau-né, je peux observer des similitudes. Pour rappel, selon le dictionnaire Larousse le nouveau-né est : « *un enfant de sa naissance jusqu'à son 28<sup>ème</sup> jour de vie* ».

En effet, elles sont toutes d'accord sur le fait que le bébé est considéré comme nouveau-né jusqu'à l'âge de 1 mois.

### **4.2.3 Les 5 sens**

Les 5 sens sont un mode de communication peu abordé dans les échanges avec le nouveau-né. De part ces questions, j'ai souhaité en apprendre davantage sur les connaissances des soignants et leur approche du soin à l'aide des cinq sens.

Premièrement, je leur ai demandé ce que pourrait évoquer pour eux la notion des cinq sens. Pour Laura : « *au niveau de l'ouïe on fait très attention aux bruits justement parce que les prémas peuvent être très sensibles aux bruits...* » *Entretien n°1- L 45-46*. Puis au niveau de l'odorat elle le met un peu en lien avec le goût puisqu'il y a des choses qui se mettent en place : « *par rapport aux stimulations orofaciales pour l'alimentation* ». De plus, pour apporter une stimulation supplémentaire, il leur arrive parfois de leur faire « *sentir de la vanille [...] On travaille beaucoup autour de la stimulation c'est-à-dire pas leur mettre le biberon direct comme ça il faut qu'ils, que ça vienne d'eux qu'ils cherchent à téter* » *Entretien n°1- L 54-56*

Au niveau du toucher, Laura évoque le fait que les parents avaient « *souvent tendance à caresser* » *L 57*. Ce qu'il faut éviter de faire car c'est : « *très agressif pour eux et c'est même douloureux* » *L59-60*.

Camille, elle, évoque le toucher-massage : « *on fait des massages on a de l'huile d'amande douce* » *Entretien n°3- L 63*.

Du point de vue de Sandra, infirmière puéricultrice au service de néonatalogie, le nouveau-né « *reconnaît sa maman par l'odeur* » *Entretien n°2- L 38*, contrairement à la vue qui n'est pas : « *quelque chose qui est développé chez le nouveau-né puisqu'il ne voit pas très bien à la naissance, il faut être prêt il ne voit pas les détails* » *Entretien n°2-L 39-40*. Concernant l'ouïe « *il est très sensible aux bruits [...] et la vue il est sensible à la lumière c'est pour ça que nous tout est tamisé* » *L 43-44* et enfin pour le goût « *c'est ce qui lui permet d'aller chercher le sein* » *L 45*.

Camille, qui est quant à elle infirmière en service de pédiatrie, a plus tendance à prendre en charge des nouveaux nés vers l'âge de 2-3 mois. Ceux-ci ont donc un regard plus développé qu'à la naissance et le regard joue un rôle plus important : « *tout ce qui est vue on capte vachement par le regard* » *Entretien n°3-L 56-57*.

Concernant le goût « *pour calmer un enfant, un petit, quand on fait des soins douloureux on utilise le sucre qui va libérer des endorphines et qui donc leur procure du bien-être* » *Entretien n°3- L 53-54*.

Contrairement au service de néonatalogie, les bruits ne sont pas limités. Afin de divertir un enfant il leur arrive de « *faire des bruitages, des glouglous, on a des bulles dans... on a une machine à bulle donc du coup ça fait des bruits, des vrais bruits* » *Entretien n°3- L 54-55*

Morgane, infirmière puéricultrice dans le même service que Camille évoque notamment le toucher pour « *rassurer un bébé* » *Entretien n°4- L39*. En effet, elles vont « *caresser la main, le visage, la tête pour rassurer* » *Entretien n°4- L39*.

Elles sont, finalement, toutes d'accord pour affirmer utiliser les cinq sens dans leur communication quotidienne avec les nouveaux nés. Certaines pensent même qu'un des sens, le goût, joue un rôle essentiel dans la prise en charge des nouveaux nés lors de soins douloureux. En confrontant avec le cadre de référence, on peut observer des similitudes. En effet, Sandra infirmière en néonatalogie affirme que le nouveau-né reconnaît sa maman par l'odeur, ce que j'avais également pu évoquer dans mon cadre de référence : *« l'enfant reconnaît son corps au travers des soins dont il est objet, il connaîtra sa peau parce qu'elle sera touchée. Il saura regarder parce qu'il aura vu le regard des autres. Il saura sentir et goûter parce qu'il aura senti et goûté le corps de sa mère »* p243

Mais nous pouvons également relever des divergences et des apports supplémentaires comme sur la prise en charge de la douleur et le goût : *« pour calmer un enfant, un petit, quand on fait des soins douloureux on utilise le sucre qui va libérer des endorphines et qui donc leur procure du bien-être »* Entretien n°3- L 52-53.

#### **4.2.4 Le rôle relationnel infirmier auprès du nouveau-né de 0 à 3 mois**

Dans cette dernière partie, il me semblait essentiel de lier la prise en charge du nouveau-né à notre rôle relationnel infirmier.

Pour Laura, infirmière en néonatalogie le soignant à un rôle d'accomplissement des : *« soins techniques qui sont parfois un petit peu invasif »* Entretien n°1-L 76. Mais également un rôle relationnel de proximité auprès du nouveau-né : *« de prendre le temps de faire des câlins »* Entretien n°1- L78. Car malheureusement les parents n'ont pas toujours la possibilité de rester la nuit avec leur enfant et, ils ont, néanmoins, besoin de sentir une présence.

Sandra, elle, met plus l'accent sur l'accompagnement des parents sur tous les soins : *« nous on est là pour accompagner les parents qui eux vont s'occuper de leur enfant [...] on va parler au bébé on va rentrer en relation avec lui mais on laissera toujours les parents... »* Entretien n°2-L 68-70.

En service de pédiatrie : *« le rôle infirmier auprès du nouveau-né, alors ça va être d'accompagner essentiellement les parents [...] surtout dans les 0-3 mois en fait il faut être hyper soutenant. Les parents quand ils arrivent ici ils sont complètement déstructurés.*

*Beaucoup de stress, on peut faire du coup appel à la psychologue, et ça va être de repérer les parents qui ne vont pas bien. En fait on va dire les accompagner mais pas, vraiment accompagner être à côté mais pas faire à leur place. Pour leur montrer, pour pouvoir qu'ils rentrent à la maison avec tout ce qu'il y a besoin [...] après nous du coup ça va être d'observer donc son état clinique » Entretien n°3- L 97-103*

En fonction des services, les nouveaux nés vont plus ou moins devoir bénéficier de soins. En service de maternité les nouveaux nés sont considérés comme « sains ». Tandis que les services de néonatalogie accueillent plus particulièrement des nouveau-nés nécessitant une surveillance rapprochée au vu de leur prématurité ou bien de leur pathologie tout comme en service de pédiatrie. Cela change la prise en charge ainsi que les types de soins prodigués. Morgane évoque plus particulièrement la prise en charge sur l'aspect technique : « *pendant les soins on a des protocoles pour faciliter les soins, du sucre doux, du MEOPA qu'on utilise maintenant même chez les tout petits » Entretien n°4- L 50-52.*

Les infirmières puéricultrices sont toutes d'accord sur le fait que la prise en charge d'un nouveau-né est complètement différente de celle d'un adulte. En effet « *on ne prend pas en charge entre guillemets que le bébé, on prend en charge aussi les parents » Entretien n°1- L 97.*

Concernant les difficultés que les infirmières ont pu rencontrer, elles notent notamment l'aspect technique : « *poser un cathé sur un bébé de 1kg et poser un caté sur une personne adulte c'est pas du tout pareil » entretien n°1, L 116-117.* Mais aussi des difficultés liées aux pathologies : « *les syndromes de sevrage et tout, où on arrive peu ou pas à rentrer en relation avec eux du fait de leur pathologie ça va être plus compliqué la prise en charge » Entretien n°2- , L91-92.*

De plus, parfois il est difficile d'apporter des réponses aux parents car comme m'a précisé Morgane : « *la médecine ce n'est pas une science exacte donc des fois on a du mal à trouver forcément la cause de la fièvre ou de la douleur chez l'enfant donc des fois les prises en charges sont plus longues c'est plus frustrant pour les parents, pour nous de ne pas savoir ce qui pose problème et de ne pas pouvoir avancer » L 79-82.*

Et enfin, le rôle infirmier porte aussi sur l'observation du couple parent-enfant. Pour Camille : *« c'est aussi d'observer voir s'il y a bien un lien parent-enfant qui s'est créé, si les parents sont investis correctement, s'il n'y a pas de maltraitance tout ça... »* entretien n°3 L 106-107. Cela se rapproche de mes recherches que j'avais effectué et intégré dans mon cadre de référence.

En effet, j'avais évoqué, dans le cadre de la protection de l'enfance, la loi du 5 mars 2007. Le chapitre II du titre Ier du livre Ier du code de l'action sociale et des familles est complété par deux articles L. 112-3 et L. 112-4 ainsi rédigés : *« Art. L. 112-3. - La protection de l'enfance a pour but de prévenir les difficultés auxquelles les parents peuvent être confrontés dans l'exercice de leurs responsabilités éducatives, d'accompagner les familles et d'assurer, le cas échéant, selon des modalités adaptées à leurs besoins, une prise en charge partielle ou totale des mineurs. Elle comporte à cet effet un ensemble d'interventions en faveur de ceux-ci et de leurs parents. Ces interventions peuvent également être destinées à des majeurs de moins de vingt et un ans connaissant des difficultés susceptibles de compromettre gravement leur équilibre. La protection de l'enfance a également pour but de prévenir les difficultés que peuvent rencontrer les mineurs privés temporairement ou définitivement de la protection de leur famille et d'assurer leur prise en charge ».*

Un écart peut être observé notamment sur le rôle de prévention de la mort subite du nourrisson et le syndrome du bébé secoué. Aucune des infirmières puéricultrices que j'ai pu interroger m'en ont parlé.

La phase exploratoire de mon travail de fin d'étude s'achève ici. Celle-ci m'a permis de confronter mon cadre de référence avec les témoignages des infirmières et infirmières puéricultrices que j'ai pu recueillir sur le terrain.

Je vais désormais évoquer la partie qui concerne la problématique de mon travail.

## 5 PROBLEMATIQUE

Pour rappel, ma question de départ est la suivante : « **Qu'est-ce que l'usage des cinq sens peut apporter dans l'approche relationnelle de l'infirmier avec le nouveau-né de 0 à 3 mois ?** »

Au regard des recherches que j'ai pu effectuer, j'ai noté des similitudes mais aussi des divergences entre mon cadre de référence et les propos des infirmières puéricultrices que j'ai pu interroger.

En effet, concernant le nouveau-né, j'ai pu noter une similitude entre la définition que j'ai pu trouver lors de mes recherches qui est la suivante : selon le dictionnaire Larousse le nouveau-né est : « *un enfant de sa naissance jusqu'à son 28<sup>ème</sup> jour de vie* » et la définition qu'ont pu me donner les puéricultrices notamment Camille (Entretien n°3 L-38-39) : « *Alors le nouveau-né, bah je pense que c'est un enfant qui a entre 0 et 1 mois. Qui vient de... qui vient d'arriver quoi (rires)* »

Selon Dr Marie Thirion : « *Chaque nouveau-né est unique au monde. Il peut être conçu dans l'amour, la tendresse, la peur, l'angoisse, le désespoir ou la joie, issu d'un lien profond ou d'une rencontre de hasard, porté de longs mois par une femme émerveillée, affolée ou indifférente, reconnu dès avant sa naissance par un père attentif et présent ou oublié tout ce temps dans sa solitude utérine, l'enfant humain n'est pas seulement le fruit d'une rencontre fortuite entre deux gamètes, un ovule et un spermatozoïde. S'il vient au monde c'est riche de toute l'histoire de sa conception, de ses longues semaines de vie intra-utérine, riche de son désir à exister, riche d'une extraordinaire pulsion de vie qui le fait croître et évoluer, riche d'être cet enfant-là, né à ce moment-là* » p 9.

Mais j'ai également pu noter un écart notamment lorsque j'ai interrogé Laura (Entretien n°1 – L 34-36) : « *J'ai pas trop les mots c'est des petits... warriors euh qui sont euh qui sont... attentifs a beaucoup de choses étonnamment même des prémas, les grand prémas perçoivent beaucoup de choses* ». Ici Laura m'a donné sa propre définition du nouveau-né et a appuyé un point que je trouve très intéressant : celui de la perception du monde. Cela diffère de la définition que j'ai pu trouver mais rejoint ce que le Dr Marie Thirion a voulu développer dans son livre notamment sur les compétences du nouveau-né (Dr Marie Thirion- Les compétences du nouveau-né).

En effet : « *l'étude du comportement des nouveaux nés, de leurs réactions aux stimulations, amène à découvrir qu'ils ont de grandes capacités « cognitives » et que leur environnement néonatal peut avoir d'importantes conséquences sur leur développement ultérieur, pouvant, selon les cas, l'améliorer ou le détériorer* » p21.

Lorsque j'ai interrogé les infirmières puéricultrices sur la notion des 5 sens, il y a eu parfois une hésitation et une demande de confirmation sur ce que je demandais : « *Euh, l'ouïe, l'odorat... ?* » Sandra, Entretien n°2, L-35

Elles sont, finalement, toutes d'accord pour affirmer utiliser les cinq sens dans leur communication quotidienne avec les nouveaux nés. Certaines pensent même qu'un des sens, le goût, joue un rôle essentiel dans la prise en charge des nouveaux nés lors de soins douloureux. En confrontant avec le cadre de référence, on peut observer des similitudes. En effet, Sandra infirmière en néonatalogie affirme que le nouveau-né reconnaît sa maman par l'odeur : « *Il va se fier surtout avec son odorat déjà, il reconnaît sa maman par l'odeur* » (Entretien n°2-L1-38) Pour Johannes Frasnelli (professeur et titulaire de la Chaire de recherche en neuroanatomie chimiosensorielle de l'UQTR) : « *Le nouveau-né distingue d'ailleurs l'odeur de sa mère (principalement les odeurs du cou et des seins) de celles des autres femmes. Il reconnaît aussi l'odeur du lait de sa mère* » p1.

Mais nous pouvons également relever des divergences et des apports supplémentaires comme sur la prise en charge de la douleur et le goût : « *pour calmer un enfant, un petit, quand on fait des soins douloureux on utilise le sucre qui va libérer des endorphines et qui donc leur procure du bien-être* » Entretien n°3- L 52-53.

Stéphanie Côté, nutritionniste confirme que le sucre est la saveur préférée du nouveau-né : « *Dès la naissance, le bébé montre des préférences pour certains goûts. Le sucré demeure sa saveur préférée. En présence d'une substance sucrée le nouveau-né sourit, se lèche les lèvres et fait des mouvements de succion* » p2.

Dr Jacqueline Orquin, ophtalmologiste évoque la vue du nourrisson : « *Au début, il est dérangé par la lumière intense. Il ferme donc les yeux pour s'en protéger* » p1. Cela rejoint ce que pouvait nous expliquer Sandra : « *La vue il est sensible par contre à la lumière donc c'est pour ça que nous tout est tamisé* » L 43-44 (Entretien n°2)

Concernant le toucher, Laura trouve que c'est très important : « *C'est très apaisant pour eux de se sentir, euh, euh, contenu. Ils s'endorment des fois, juste en mettant un petit peu la main sur leur visage ou en les contenant au niveau des jambes et tout ça. Le toucher je le mettrais en numéro un, parce que, voilà, il y a des pincettes à prendre et des choses à faire mais c'est très important pour eux* » L-64-67. Emmanuelle Jasmin, ergothérapeute et professeure à des propos similaires à ceux de Laura : « *Des gestes comme les caresses lui procurent un sentiment de bien-être qui suffit parfois à calmer ses pleurs* » p4. De plus, de 0 à 2 mois : « *lorsque vous touchez sa joue, il a le réflexe de tourner la tête en direction de votre doigts* » p4.

Et enfin, le rôle infirmier porte aussi sur l'observation du couple parent-enfant. Pour Camille : « *c'est aussi d'observer voir s'il y a bien un lien parent-enfant qui s'est créé, si les parents sont investis correctement, s'il n'y a pas de maltraitance tout ça...* » entretien n°3 L 106-107. Cela se rapproche de mes recherches que j'avais effectué et intégré dans mon cadre de référence.

En effet, j'avais évoqué, dans le cadre de la protection de l'enfance, la loi du 5 mars 2007.

Pour Marina Jehan, puéricultrice cadre de santé formatrice : « *L'observation, mieux que tout autre outil, permet de comprendre plus finement ce qui se passe pour un enfant et ses parents, quel que soit le contexte dans lequel la rencontre s'effectue* ».

Un écart peut être observé notamment sur le rôle de prévention de la mort subite du nourrisson et le syndrome du bébé secoué. Aucune des infirmières puéricultrices que j'ai pu interroger m'en ont parlé.

Pour Aline Fleurigeon, infirmière puéricultrice : « *Les soignants doivent veiller à employer des gestes adéquats répondant aux recommandations de couchage* » p35.

Comme j'ai pu le percevoir au travers de mes recherches et au travers des témoignages des professionnels, les 5 sens semblent être beaucoup utilisés notamment dans la prise en soin du nouveau-né. De plus, l'intégration des parents lors des soins est primordiale dans le développement de la création des liens. Ma question de recherche est alors la suivante :

**« En quoi l'approche relationnelle autour des cinq sens chez l'enfant peut-elle améliorer la relation triangulaire entre le nouveau-né, les parents et l'infirmière ? ».**

## 6 CONCLUSION

Lorsque j'ai fait le choix de ce sujet, j'avais pour but de sensibiliser populations et soignants à un mode de communication, dont peu de personnes ne pense, ne parle : la communication non verbale à l'aide des 5 sens. Comme nous avons pu le voir tout au long de ce travail de fin d'étude, le nouveau-né a la capacité de percevoir énormément de chose et pouvoir l'aborder à l'aide de l'usage des 5 sens permet d'explorer tout ce que le nouveau-né développe au fur et à mesure de son existence.

L'être humain, en perpétuelle communication, a besoin d'échanges verbaux afin de se sentir épanoui. Or, avec un nouveau-né, les échanges se trouvent limités puisqu'il est dans l'incapacité d'apporter une réponse verbale à l'adulte qui communique avec lui ce qui peut amener à des difficultés de communication. Grâce aux recherches que j'ai pu effectuer et aux témoignages des différents professionnels que j'ai pu interroger, j'ai pu me rendre compte qu'il y avait différents moyens d'échanger avec un nouveau-né tout en arrivant à avoir une réponse non verbale de celui-ci. Que cela soit au travers du toucher et de l'apaisement qu'il procure ou bien du goût et du bien être qu'il apporte au nouveau-né au travers de l'allaitement maternel, les sens permettent de mieux rentrer en communication avec eux.

J'ai désormais des clés supplémentaires dans le cadre de la communication avec les nouveaux nés au sein de mon futur exercice professionnel et de mon projet de devenir infirmière puéricultrice. Cela me permettra de mieux appréhender la communication et la prise en soin du nouveau-né.

Pour conclure, ce travail est né du fruit de trois années de formation intenses mais surtout très riches. Il m'aura permis de remettre en question ma pratique professionnelle et mon approche relationnelle auprès du nouveau-né.

---

*« Il suffit d'avoir été regardé par un nouveau-né pour savoir que le petit d'homme sait tout de suite lire. Il est même comme les grands lecteurs : il dévore le visage de l'autre ». Christian Bobin.*

---

## 7 BIBLIOGRAPHIE

### Livres :

- Baudier.A, Céleste.B (2019). *Le développement affectif et social du jeune enfant*. 228p.
- Montagner.H (1980). *L'enfant et la communication : comment des gestes, des attitudes, des vocalisations deviennent des messages*. 2ème Edition. Paris. 320p.
- Thirion.M (2002). *Les compétences du nouveau-né*. Paris, 255p.
- Vidailhet, C., Vidailhet, M., & Maret, M. (2006). *Pédiatrie / Pédopsychiatrie : Soins infirmiers (Nouveaux cahiers de l'infirmière)*. MASSON.
- Winnicott.D (1965). *Processus de maturation chez l'enfant : développement affectif et environnement*. 259p
- Savatofski.J (1990). *Le toucher apprivoisé. Pour une approche différente du soigné*. 157p
- F. Robert Rodman. *Winnicott, sa vie, son œuvre*. Traduit de l'anglais (Etats-Unis) par Danièle Faugeras et Sonia Hermellin. Erès, 538 p.
- Laval, V. (2019). Chapitre 2. La théorie de Jean Piaget (1896-1980). Dans : , V. Laval, *La psychologie du développement: Modèles et méthodes* (pp. 27-67). Paris: Dunod.

### Articles et Revues :

- Delion, P (01/08/2010). Le bébé et son mouvement. *Le Carnet PSY*, n°65, p24-26.
- Golse, B. (01/06/2011). Des sens au sens: La place de la sensorialité dans le cours du développement. *Spirale*, n°57, p95-108.
- Hentz, F., Mulliez, A., Belgacem, B., Noirfalise, C., Barrier, H., Gorrand, J .. & Gerbaud, L. (2009). Évaluation de l'impact du toucher dans les soins infirmiers – résultats statistiques d'une étude multicentrique, prospective et randomisée : (Suite de la recherche précédente). *Recherche en soins infirmiers*, 97(2), 92-97.
- Laurence.L, (05/2014). Interaction soignant-nouveau-né et relation de soins. *Soins pédiatrie/ puériculture*, n°278, p14-17.

- Fleurigeon, A (2015). Prévention de la mort inattendue du nourrisson en maternité. *La revue de l'infirmière*, n°212, p 34-35
- Casanova.A (2009). Le rôle propre de la puéricultrice en néonatalogie, répondre aux besoins des enfants prématurés. *Cahiers de la puéricultrice*, n°227, p 15-17.
- Solange Kuessan Delavaud (2009). Le rôle propre de la puéricultrice en maternité, observer et accompagner. *Cahiers de la puéricultrice* Vol 46, N° 227
- Lecomte, J. (2016). Lev Vygotski (1896-1934): La pensée, le langage et l'enfant. Dans : Nicolas Journet éd., *Les grands penseurs des Sciences Humaines* (pp. 75-78). Auxerre, France: Éditions Sciences Humaines.
- Valade, B. (2016). Les cinq sens : diversité et divergences de savoirs désunis. *Hermès, La Revue*, 1(1), 31-42
- Tronto, J. (2008). Du care. *Revue du MAUSS*, 2(2), 243-265
- Seguin, S., Golse, B. & Apter, G. (2013). Dénis et négations de grossesse : une revue de la littérature. *La psychiatrie de l'enfant*, 1(1), 267-292

### **Sites internet :**

- Côté.S. *Le développement du goût chez l'enfant* [en ligne], 2017 [consulté le 03 Mars 2021]. Disponible sur le Web : [https://naitreetgrandir.com/fr/etape/1\\_3\\_ans/developpement/fiche.aspx?doc=naitre-grandir-developpement-sens-gout](https://naitreetgrandir.com/fr/etape/1_3_ans/developpement/fiche.aspx?doc=naitre-grandir-developpement-sens-gout)
- Thomas, R. Murray., Michel, C. (1994). *Théories du développement de l'enfant: Études comparatives* [en ligne], [consulté le 18 Janvier 2021] Disponible sur le Web :. <https://doi-org.lama.univ-amu.fr/10.3917/dbu.thoma.1994.01>
- Légifrance, le service public de la diffusion du droit (2007). *LOI n° 2007-293 du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance*. Paris. Disponible sur le Web : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000823100>
- Haute Autorité de Santé (2017). Syndrome du bébé secoué au traumatisme crânien non accidentel par secouement, 46p. Disponible sur le Web : [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-09/reco239\\_recommandations\\_syndrome\\_bebe\\_secoue.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-09/reco239_recommandations_syndrome_bebe_secoue.pdf)

**Image de couverture :**

- Tous droits réservés à « [www.amandineventadour.fr](http://www.amandineventadour.fr) ».

## **ANNEXES**

### Sommaire des annexes

Annexe I : Retranscription des entretiens.....	II
Annexe II : Guide d'entretien/ Grille d'analyse.....	XVI
Annexe III : Autorisation de réalisation des entretiens .....	XVIII
Annexe IV : Autorisation de diffusion du TFE.....	XIX

## **Annexe I : Retranscription des entretiens**

### **Entretien n°1 : Infirmière en néonatalogie dans un centre hospitalier**

- 1 **Manon** : Bonjour, je suis Manon étudiante infirmière en troisième année à l'école d'Avignon  
2 du coup. Je réalise mon travail de fin d'étude sur la communication avec le nouveau-né et  
3 l'usage des cinq sens. Euh du coup je vais vous poser quelques questions par rapport à mon  
4 thème et déjà, il faut savoir qu'il n'y a aucune mauvaise réponse à apporter et que je retranscris  
5 notre entretien, l'intégralité de notre entretien, de manière anonyme.
- 6 IDE : Ok.
- 7 **Manon** : Donc la première question c'est : « Quel est votre parcours professionnel et quels  
8 diplômes possédez-vous ? ».
- 9 IDE : Donc du coup moi je suis infirmière depuis 2015, euh, j'avais fait mon mémoire aussi sur  
10 la néonata', mon mémoire infirmier.
- 11 **Manon** : D'accord.
- 12 IDE : Après j'ai fait un pré pro en cardio à \*\*\*\*\*, et du coup je suis restée là-bas pendant 3 ans  
13 et demi.
- 14 **Manon** : D'accord.
- 15 IDE : Et, ben je voulais faire de la néonata' donc j'ai postulé ici et du coup j'ai été prise donc ça  
16 fait depuis février 2019 que je suis là.
- 17 **Manon** : D'accord.
- 18 IDE : Et j'ai fait un petit peu... J'ai fait des remplacements chez les petits en bas et puis de la  
19 néonata'.
- 20 **Manon** : D'accord, ok. Euh... Du coup, pourquoi votre choix il s'est porté sur ce service  
21 exactement ?
- 22 IDE : Ah moi j'ai toujours, je ne sais pas j'ai toujours été attirée par ça et pendant mes études  
23 d'infirmière du coup j'avais fait un stage en pédiatrie chez les petits... heu non chez les grands,  
24 ça m'avait plus mais bon. Et j'ai insisté pour la néonata' et j'ai fait mon stage de troisième année  
25 du coup en néonata' à Nîmes et ça m'a plu, euh... ben le contact avec les bébés, avec les parents.  
26 Le fait que c'est un petit peu différent des services adultes, on a plus de temps pour prendre en  
27 charge et prendre soin des bébés et de leur famille. Donc voilà, j'ai voulu faire ma petite  
28 expérience chez les adultes, voilà pour me sentir un peu plus prête...
- 29 **Manon** : D'accord.
- 30 IDE : Et voilà je suis arrivée là.
- 31 **Manon** : Ok, parfait. Euh, ensuite la deuxième question elle porte plus sur le nouveau-né. Euh,  
32 comment définiriez-vous du coup le nouveau-né ? Juste me donner une définition simple.
- 33 IDE : Euh, défini... bah c'est un, un mini, un mini être humain, c'est... euh, comment expliquer,  
34 comment dire, c'est euh... (longue hésitation). C'est un bébé qui est... c'est des petits...  
35 (hésitation). J'ai pas trop les mots c'est des petits... warriors euh qui sont euh qui sont...  
36 attentifs a beaucoup de choses étonnamment même des prémas, les grands prémas perçoivent  
37 beaucoup de choses.
- 38 **Manon** : Oui.
- 39 IDE : Euh, c'est... (longue hésitation) oui j'ai pas trop les mots.
- 40 **Manon** : D'accord bon c'est pas grave il n'y a pas de soucis. Moi ça me va comme définition.

41 IDE : Ouais c'est des petits warriors, ouais des petits... Des mini nous quoi !  
42 **Manon** : D'accord. Euh, ensuite le troisième thème il va plutôt porter sur l'usage des cinq sens  
43 du coup. Qu'évoque pour vous la notion des cinq sens ?  
44 IDE : Euh, et ben (longue hésitation), tu peux préciser ou pas ?  
45 **Manon** : Ben c'est pas rapport au goût, l'odorat tout ça... Par rapport au nouveau-né en fait.  
46 IDE : Ben nous alors, au niveau de l'ouïe on fait très attention aux bruits justement parce que  
47 les prémas peuvent être très sensibles aux bruits...  
48 **Manon** : Oui.  
49 IDE : Donc on fait très attention à ça. Au niveau de l'odorat, euh, je le met un petit peu en lien  
50 avec le goût parce que du coup on a des choses qui se mettent en place par rapport aux  
51 stimulations orofaciales pour l'alimentation...  
52 **Manon** : D'accord.  
53 IDE : Avec une orthophoniste.  
54 **Manon** : Oui.  
55 IDE : Euh, nous on leur fait parfois sentir de la vanille pour les stimuler, euh... On travaille  
56 beaucoup autour de la stimulation c'est-à-dire pas leur mettre le biberon direct comme ça il faut  
57 qu'ils, que ça vienne d'eux qu'ils cherchent à téter. Au niveau du toucher, euh, on travaille  
58 beaucoup aussi autour de ça, euh, les parents ont souvent tendance à caresser...  
59 **Manon** : Oui.  
60 IDE : Ce qu'il faut pas faire du coup chez un préma parce que c'est très agressif pour eux et  
61 c'est même douloureux.  
62 **Manon** : Oui.  
63 IDE : Donc on les contient plutôt, on les cocoon comme ça. Euh, voilà.  
64 **Manon** : Oui donc en fait vous jugez que vous l'utilisez pour la communication avec le  
65 nouveau-né ?  
66 IDE : Oui, beaucoup. C'est très apaisant pour eux de se sentir, euh, euh, contenu. Ils  
67 s'endorment des fois, juste en mettant un petit peu la main sur leur visage ou en les contenant  
68 au niveau des jambes et tout ça. Le toucher je le mettrais en numéro un, parce que, voilà, il y a  
69 des pincettes à prendre et des choses à faire mais c'est très important pour eux.  
70 **Manon** : D'accord. Ensuite, euh, selon vous quel est le rôle relationnel de l'infirmier auprès  
71 des nouveaux nés ? Votre rôle à vous ?  
72 IDE : Euh, et ben... En néonatal j'ai été un petit peu étonné moi au début, euh, mais les parents  
73 ne restent pas systématiquement la nuit parce que c'est des hospitaux qui sont souvent longues.  
74 **Manon** : Oui.  
75 IDE : Donc quand ils passent leur journée en peau à peau avec leur maman et que le soir elles  
76 partent. Souvent, on dit, il y en a qui disent qu'ils font des caprices mais c'est pas du tout ça  
77 c'est juste qu'ils ont besoin de contact et que, en les prenant, tout ça, les mouvements ça les  
78 apaise. Donc on a un rôle, on a le rôle soignant à leur faire les soins techniques qui sont parfois  
79 un petit peu invasif et on a aussi le rôle de... On se dit tata entre guillemets, voilà de câliner de  
80 prendre le temps pour faire des câlins, pour...  
81 **Manon** : Vous faites un peu le substitut des parents des fois ?  
82 IDE : C'est, ben, je dirais pas non, pas substitut des parents... Mais on essaie de prendre...  
83 D'aller dans ce sens là on est pas que des soignants, on n'est pas que des infirmières à faire des  
84 prises de sang, à faire ci, à faire ça. On leur donne le bib, et c'est pas, voilà c'est un moment  
85 d'échange entre eux et nous...

86 **Manon** : D'accord.  
87 IDE : C'est pas simplement on leur donne à manger on va les recoucher. On est suffisamment  
88 nombreuses, on est quand même privilégiés par rapport à ça même si en ce moment il y a un  
89 petit peu des remaniements qui sont en train de se passer mais on est quand même nombreux et  
90 c'est important. On se nomme comme ça des fois, voilà on est les tatas. Et les parents aussi,  
91 c'est très important pour eux cette relation de confiance.  
92 **Manon** : D'accord.  
93 IDE : Et pour les bébés aussi je pense que c'est bien d'avoir... On essaie toujours de prendre  
94 les mêmes bébés de les suivre sur tout le long de la suite et je pense que pour eux c'est bien  
95 aussi quoi.  
96 **Manon** : Oui.  
97 Ensuite, comment ressentez-vous la prise en charge d'un nouveau-né ? Est-ce qu'elle vous  
98 paraît différente de celle d'un adulte ?  
99 IDE : Ah c'est, bah ça n'a rien à voir parce que déjà on a les, ben on a, on prend pas en charge  
100 entre guillemets que le bébé, on prend en charge aussi les parents ce qui peut être parfois  
101 déstabilisant parce que du coup a contrario de chez les adultes quand il y a la famille on fait  
102 sortir la famille. Et là ben pas du tout on les intègre même des fois un petit peu au soin en les  
103 faisant tenir la tétine, tout ça.  
104 **Manon** : Oui.  
105 IDE : Euh, donc c'est tout à fait, ouais, c'est tout à fait différent. Tout prend beaucoup plus de  
106 temps, et, et il faut qu'on prenne plus de temps avec un bébé. Voilà tous les soins sont... Le  
107 temps est décuplé un peu, pour une prise de sang chez un adulte je prendrais 5min. Et là t'as  
108 tout, l'accompagnement des parents, de leur expliquer pourquoi.  
109 **Manon** : Oui bien sûr.  
110 IDE : Euh, les installer confortablement et il y a pleins de choses qui se mettent en place donc  
111 c'est tout à fait différent.  
112 **Manon** : D'accord. Ok.  
113 Et est-ce que vous avez déjà eu, rencontrer des difficultés à prendre en charge un nouveau-né  
114 du coup ?  
115 IDE : Euh, ben sur les grosses réa quand je suis arrivée honnêtement oui. Euh, comme je te  
116 dis... Je te dis tu mais...  
117 **Manon** : Oui il n'y a pas de soucis.  
118 IDE : Euh, ben poser un caté sur un bébé de 1kg et poser un cathé sur une personne adulte c'est  
119 pas du tout pareil.  
120 **Manon** : Oui.  
121 IDE : Euh, tout est décuplé en fait, je trouve que c'est plus stressant, euh, comparé aux adultes.  
122 Après, on se forme, on s'habitue entre guillemets et on prend nos marques et c'est très  
123 important. On est une équipe, qui en tout cas de nuit est très soudée et on est, enfin c'est voilà.  
124 On se soutient on prend une entrée à deux et la collègue s'il y a besoin elle vient aussi.  
125 **Manon** : D'accord.  
126 IDE : Avec les pédiatres aussi, les pédiatres sont sur les réa quand les bébés arrivent, ils sont  
127 très, ils sont pas stressés comme pour une réa chez un adulte en fait. C'est très carré, c'est très  
128 carré, du coup ça rassure quand même. Mais les premiers jours, les premiers mois même, il faut  
129 prendre ses marques comme dans n'importe quel service mais...  
130 **Manon** : C'est sûr.

131 **Manon** : Bon du coup c'est la fin de cet entretien, est-ce que vous souhaitez rajouter quelque  
132 chose ?  
133 IDE : (Timidement) Ben non ça va, je sais pas si j'ai répondu à...  
134 **Manon** : Oui, pour moi c'est bon c'est parfait.  
135 IDE : Bon ben écoute...  
136 **Manon** : Je te remercie pour le temps que tu m'as accordé.  
137 IDE : Ben avec plaisir, j'espère que ça ira...  
138 **Manon** : Oui, oui, bien sûr.

## Entretien n°2 : Infirmière puéricultrice (IPDE) en service de Néonatalogie dans un centre hospitalier

- 1 **Manon** : Bonjour, je suis Manon étudiante infirmière à l'IFSI d'Avignon et dans le cadre de  
2 mon travail de fin d'étude, je réalise plusieurs entretiens et je voulais vous poser une série de  
3 questions du coup sur le thème de la communication et du nouveau-né.  
4 Donc la première question, enfin les premières questions, les trois premières questions elles  
5 concernent plus vos données personnelles à vous. Quel est votre parcours professionnel et quels  
6 diplômes possédez-vous ?  
7 IPDE : Alors moi je suis infirmière puéricultrice depuis 2000... janvier 2008. Euh, ici en  
8 néonat' soins intensifs  
9 **Manon** : Ah d'accord, depuis janvier 2008 ?  
10 IPDE : (rires) Oui, je vais de temps en temps aux urgences, aux petits, à la mater, mais je suis  
11 en poste ici.  
12 **Manon** : D'accord, ok, parfait. Euh, et pourquoi du coup votre choix s'est porté sur ce service-  
13 là ?  
14 Puéricultrice : Parce que moi j'aime les soins techniques...  
15 **Manon** : Oui  
16 IPDE : Et les réa, les appareils respi', les poses de cat...  
17 **Manon** : D'accord.  
18 IPDE : Ouais  
19 **Manon** : Et pourquoi pas plus par exemple de la réanimation pédiatrique, ou ... ?  
20 IPDE : Euh, c'est juste une question géographique, j'aurais beaucoup aimé sauf que dans la  
21 région, euh, le plus près c'est \*\*\*\*\* et \*\*\*\*\* et c'est trop loin de chez moi.  
22 **Manon** : Ah d'accord je comprends  
23 IPDE : Voilà tout simplement, sinon j'aurais aimé.  
24 **Manon** : D'accord, ok.  
25 Ensuite, le deuxième thème c'est plus sur le nouveau-né. Juste me donner une définition du  
26 nouveau-né si vous pouvez ? Il n'y a pas de mauvaises réponses voilà.  
27 IPDE : Du nouveau-né pas du préma ?  
28 **Manon** : Oui, non du nouveau-né.  
29 IPDE : Le nouveau-né c'est un bébé qui vient de naître qu'on considère nouveau-né le premier  
30 mois à peu près, enfin, quinze premiers jours surtout.  
31 **Manon** : D'accord.  
32 IPDE : Euh, voilà.  
33 **Manon** : Ok.  
34 Ensuite, le troisième thème c'est plus sur la notion des cinq sens. Euh, qu'évoque pour vous la  
35 notion des cinq sens ?  
36 IPDE : Euh, l'ouïe, l'odorat... ?  
37 **Manon** : Oui c'est ça.  
38 IPDE : Ben je dirais que, au nouveau-né, pour le nouveau-né il y en a plus d'importantes que  
39 d'autres. Il va se fier surtout avec son odorat déjà, il reconnaît sa maman par l'odeur. Euh, la  
40 vue c'est pas quelque chose qui est développé chez le nouveau-né puisqu'il voit pas très bien à  
41 la naissance, il faut être près, il ne voit pas les détails.  
42 **Manon** : D'accord

43 IPDE : Il va avoir l'ouïe qui va être importante parce qu'il reconnaît quand même aussi les sons  
44 il est très sensible aux bruits c'est pour ça qu'on fait énormément attention. La vue il est sensible  
45 par contre à la lumière donc c'est pour ça que nous tout est tamisé. Euh, le goût bah c'est ce qui  
46 lui permet d'aller chercher le sein grâce à l'ouïe et au goût pour le lait mat'. Et pour ceux qui  
47 sont mobiles, ouvrir sa bouche pour s'alimenter.

48 **Manon** : D'accord.

49 IPDE : Et voilà je crois que je les aie tous fait.

50 **Manon** : Oui je crois que c'est bon (rire).

51 Et est-ce que vous pensez du coup utiliser les cinq sens dans votre communication à vous  
52 quotidienne avec le nouveau-né ?

53 IPDE : Euh, alors la vue je dirais que c'est celui qu'on utilise le moins puisqu'on sait qu'il ne  
54 voit pas et comme on ne colle pas nos visages aux bébés c'est pas quelque chose qu'on utilisera.

55 **Manon** : D'accord

56 IPDE : Par contre on protégera ça oui, par les lumières tout ça on fera attention. Et après, l'ouïe  
57 on leur parle on leur explique tout ce qu'on fait. Euh, l'odorat, l'odorat et le goût on va s'en  
58 servir pour la tétée, pour stimuler, pour qu'ils ouvrent la bouche, pour qu'ils aillent téter...

59 **Manon** : D'accord, ok.

60 Ensuite, euh, c'est plus, le quatrième thème ça sera plus par rapport au rôle relationnel infirmier  
61 avec le nouveau-né de 0 à 3 mois. Selon vous quel est le rôle relationnel infirmier auprès des  
62 nouveaux nés ? Votre rôle relationnel à vous ?

63 IPDE : (longue hésitation) Euh, ben nous ça va être dans... nous en néonate c'est plus particulier  
64 parce qu'on a pas les parents donc on va être à s'occuper de l'enfant, à le reconforter à le nourrir  
65 à le soigner. Quand il y a pas les parents on va avoir ce rôle-là, quand il va y avoir les parents  
66 on va accompagner les mamans et être dans la relation avec l'enfant mais en deuxième plan, on  
67 va laisser d'abord les parents en premier plan.

68 **Manon** : D'accord.

69 IPDE : Et nous on est là pour accompagner les parents qui eux vont s'occuper de leur enfant  
70 donc on va moins rentrer en... On va parler au bébé on va rentrer en relation avec lui mais on  
71 laissera toujours les parents...

72 **Manon** : D'accord, ok.

73 Et comment ressentez-vous la prise en charge d'un nouveau-né ? Est-ce qu'elle vous paraît  
74 différente de celle d'un adulte du coup ?

75 IPDE : Ah oui (rires), parce que ben c'est... déjà on a ce côté un peu mignonnerie, euh, où on  
76 est tous gaga devant les bébés hein. On parle pas pareil à un bébé qu'à un adulte. Et puis,  
77 l'enfant est tellement dépendant de l'adulte qu'il a besoin d'une prise en charge différente et  
78 que du coup on va... ça va être totalement différent de l'adulte. Bon moi j'ai fait beaucoup, que  
79 de la pédiatrie, j'ai fait de l'adulte que pendant mes études mais oui ça n'a rien à voir. L'enfant,  
80 euh, on va toujours le rassurer, le sécuriser, contrairement à l'adulte qui lui est quand même  
81 plus indépendant.

82 **Manon** : D'accord.

83 IPDE : Le bébé est très dépendant de l'adulte donc on va avoir une autre approche dans le soin,  
84 dans la douceur, dans voilà. Qu'on n'aura peut-être pas avec l'adulte alors qu'il faudrait peut-  
85 être aussi, mais voilà, l'enfant est quand même beaucoup plus fragile.

86 **Manon** : Oui oui, ça reste différent.

87 IPDE : Ah oui.

88 **Manon** : Ok.  
89 Et est-ce que vous avez déjà rencontré des difficultés à prendre en charge un nouveau-né ? Dans  
90 votre parcours professionnel ?  
91 IPDE : Alors oui il y en a qui sont plus difficiles que d'autres en fonction de leur pathologie  
92 parce que bon ici ils ont quelque chose, s'ils sont chez nous c'est qu'ils ont des pathologies ou  
93 qu'ils sont prématurés. Mais c'est sûr qu'un bébé qui va beaucoup pleurer, les syndromes de  
94 sevrage et tout, où on arrive peu ou pas à rentrer en relation avec eux du fait de leur pathologie  
95 ça va être plus compliqué la prise en charge.  
96 **Manon** : D'accord.  
97 IPDE : Voilà, et avec d'autres qui réclament beaucoup les bras et qu'on va avoir constamment  
98 aux bras pour se substituer aux parents qui ne peuvent pas être là. Voilà on va prendre l'enfant  
99 en charge en fonction de sa pathologie et de sa globalité de ce qu'il a besoin et aussi de la  
100 présence des parents.  
101 **Manon** : D'accord, ok.  
102 Pour moi c'est la fin de cet entretien, est-ce que vous souhaitez rajouter quelque chose ou pas ?  
103 IPDE : Non  
104 **Manon** : Non, bon ok c'est parfait. Je vous remercie pour le temps que vous m'avez accordé.  
105 IPDE : (souriante) De rien il n'y a pas de soucis. Du coup c'est bon il t'en faut encore tu veux  
106 une...  
107 **Manon** : Non c'est bon c'est parfait. J'ai mes deux entretiens.  
108 IPDE : Et ben parfait, au revoir bonne continuation  
109 **Manon** : Au revoir et encore merci.

### Entretien n°3 : Infirmière Puéricultrice (IPDE) en service de Pédiatrie, Nourrissons et Chirurgie Infantile.

1 **Manon** : Bonjour, je suis Manon étudiante infirmière en troisième année à l'IFSI d'Avignon et  
2 dans le cadre de mon travail de fin d'étude je dois vous poser quelques questions en rapport  
3 avec mon thème qui est la communication avec le nouveau-né. Du coup l'entretien sera  
4 retranscrit de manière anonyme... Et voilà.

5 Du coup la première question ça concerne plus vos données personnelles à vous.

6 Quel est votre parcours professionnel et quels diplômes possédez-vous ?

7 IPDE : Alors j'ai eu le diplôme de... J'avais d'abord fait le BAFA et ensuite après donc un bac  
8 ST2S après j'ai eu le diplôme d'infirmière et après j'ai travaillé pendant 6 mois, à l'époque  
9 c'était décalé l'année de puer' et l'année d'infirmière. Et ensuite, j'ai fait l'école de puer et du  
10 coup j'ai le diplôme de puer'.

11 **Manon** : D'accord

12 IPDE : J'ai travaillé après mon école de puer', je suis partie à Mayotte en réa néonat' pendant  
13 4 mois. Après je suis revenue sur Paris j'ai fait la néonat classique d'un niveau plus petit.

14 **Manon** : D'accord

15 IPDE : Après en revenant, donc j'y suis restée 6 mois. Ensuite je suis partie sur Marseille à  
16 \*\*\*\*\* et là j'étais sur le pool pédiatrique je tournais sur toutes les spécificités pédiatriques de  
17 l'hôpital de Marseille pendant 3 ans. Donc j'ai fait de l'onco-hémato, de la gastro... toutes les  
18 spécialités, de la pneumo voilà...

19 **Manon** : Ah oui vous avez un parcours assez riche quand même

20 IPDE : voilà (rires) et ensuite j'ai fait ma mutation et je suis arrivée ici donc ça fait depuis  
21 octobre que je suis de jour, jusqu'à présent j'étais de nuit.

22 **Manon** : D'accord, ok.

23 IPDE : Euh et voilà, je suis de jour depuis octobre en service de pédiatrie du coup.

24 **Manon** : D'accord.

25 Et pourquoi votre choix il s'est porté sur ce service du coup ? maintenant ?

26 IPDE : Alors moi j'adore les bébés, j'adore les nourrissons, après j'avais envie de... Par rapport  
27 aux urgences moi je préfère l'hospit' longue parce que j'aime mieux la prise en charge en fait  
28 sur la durée.

29 **Manon** : Oui

30 IPDE : Après bon sur \*\*\*\*\* c'est parce que c'est aussi le service où il y avait un poste.

31 **Manon** : D'accord, oui.

32 IPDE : On fait aussi en fonction de ce qu'on a.

33 **Manon** : Oui c'est sûr, bien sûr.

34 IPDE : Voilà, mais c'était pour voilà j'aime bien les petits.

35 M : D'accord !

36 Le deuxième thème du coup il va plus porter sur le nouveau-né. Je vais juste vous demander de  
37 me donner une définition simple du nouveau-né.

38 IPDE : Alors le nouveau-né, bah je pense que c'est un enfant qui a entre 0 et 1 mois. Qui vient  
39 de... qui vient d'arriver quoi (rires).

40 **Manon** : Ok (rires).

41 Euh, le troisième thème il est plus sur les cinq sens, parce que moi je travaille mon mémoire  
42 sur les cinq sens et la communication avec le nouveau-né.

43 IPDE : Oui.

44 **Manon** : Qu'évoque pour vous la notion des cinq sens ?

45 IPDE : Donc les cinq sens, l'ouïe, l'odorat, la vue tout ça ?

46 **Manon** : C'est ça, exactement.

47 IPDE : D'accord, ok. Euh, ok c'est intéressant.

48 **Manon** : Est-ce que vous vous l'utilisez, ici, dans ce service ? Dans la communication ?

49 IPDE : Ah dans la communication. L'odorat, euh, franchement je dirais que non, je vois pas

50 comment, enfin en tout cas on l'a pas utilisé ici. Enfin j'ai pas l'impression qu'on l'utilise ici,

51 en tout cas moi-même j'ai pas l'impression de l'utiliser.

52 **Manon** : Oui

53 IPDE : Euh, le goût oui parce que donc pour calmer un enfant, un petit, quand on fait des soins

54 douloureux on utilise le sucre qui va libérer des endorphines et qui donc leur procure du bien-

55 être. Donc le goût oui. L'ouïe ben évidemment on est sans arrêt en train de mettre de la musique,

56 de chanter, de... de faire des bruitages, des glouglous, on a des bulles dans... on a une machine

57 a bulle donc du coup ça fait des bruits, des vrais bruits. Après tout ce qui est vue on capte

58 vachement par le regard.

59 **Manon** : Oui

60 IPDE : Normalement avec le sourire si on a pas de masques.

61 **Manon** : C'est sûr

62 IPDE : Voilà, le regard au taquet.

63 **Manon** : Et le toucher ?

64 IPDE : Et le toucher, on fait des massages on a de l'huile d'amande douce.

65 **Manon** : D'accord

66 IPDE : On montre aux parents comment on fait des massages aux bébés. Et après ben par

67 exemple quand un enfant est pas bien moi je sais que j'ai l'habitude de mettre la main, de leur

68 mettre la main ici (me montre entre les deux yeux). Pour les apaiser et tout à l'heure on avait

69 un bébé justement, un petit bébé où il fallait poser une sonde naso-gastrique.

70 **Manon** : Oui

71 IPDE : Et du coup ben on était à deux. Ma collègue qui le maintien de façon à ce que nous on

72 puisse faire le soin mais elle le maintien on va dire sur le côté en position fœtale et avec voilà

73 des sensations. Mis à part l'odorat...

74 **Manon** : Tout le reste est utilisé ?

75 IPDE : Oui

76 **Manon** : D'accord

77 IPDE : Je fais... Les prises de sang on les fait au sein donc pour le goût aussi. Mais non... ouais

78 l'odorat vous l'utilisez comment chez les nouveaux nés ? Ça m'intéresse, j'aime bien,

79 j'aimerais bien savoir.

80 **Manon** : Euh, la maternité c'est surtout par les stimulations oro-faciales avec le lait maternel.

81 Et euh, en néonate on m'a dit qu'ils utilisaient la vanille, ils leur faisaient sentir de la vanille.

82 IPDE : D'accord. Ok.

83 **Manon** : Après moi c'est toutes les infos que j'ai eu.

84 IPDE : Ouais, ok, d'accord.

85 **Manon** : Et ce bébé auquel vous avez posé une sonde nasogastrique, il avait quel âge ?

86 IPDE : Il a... Il a 4 mois. Et c'est un bébé qui... Mais non il a pas 4 mois ! (saisi sa relève

87 pour vérifier). Il a 4 mois.

88 **Manon** : D'accord.  
89 Donc ensuite le 4<sup>ème</sup> thème c'est plus par rapport à votre rôle relationnel infirmier à vous avec  
90 le nouveau-né.  
91 IPDE : Oui.  
92 **Manon** : Plutôt de 0 à 3 mois.  
93 IPDE : De 0 à 3 mois, d'accord.  
94 **Manon** : Oui.  
95 Donc selon vous quel est le rôle relationnel infirmier auprès des nouveaux nés ?  
96 IPDE : C'est hyper vaste.  
97 **Manon** : Oui c'est large.  
98 IPDE : Le rôle infirmier auprès du nouveau-né, alors ça va être d'accompagner  
99 essentiellement les parents, d'être... Surtout dans les 0-3 mois en fait il faut être hyper  
100 soutenant. Les parents quand ils arrivent ici ils sont complètement déstructurés. Beaucoup de  
101 stress, on peut faire du coup appel à la psychologue, et ça va être de repérer les parents qui  
102 vont pas bien. En fait on va dire les accompagner mais pas, vraiment accompagner être à côté  
103 mais pas faire à leur place. Pour leur montrer, pour pouvoir qu'ils rentrent à la maison avec  
104 tout ce qu'il y a besoin. Euh, donc ça c'est avec les parents. Après nous du coup ça va être  
105 d'observer donc son état clinique.  
106 **Manon** : Oui  
107 IPDE : Par rapport à son âge, voir si on trouve qu'il y a quelque chose qui correspond pas ou  
108 voilà. Euh, c'est aussi d'observer voir s'il y a bien un lien parent-enfant qui s'est créé, si les  
109 parents sont investis correctement, s'il n'y a pas de maltraitance tout ça. Euh, et puis ont fait  
110 tout un tas de rôles infirmiers dans les soins de nursing, dans les... quand on voit qu'il y en a  
111 un qui a les fesses rouges ben on va mettre de la crème on va pas attendre une prescription  
112 **Manon** : Bien sûr.  
113 IPDE : Et puis la prise en charge de la douleur, je sais pas c'est hyper vaste (rires).  
114 M : Oui mais ça me va comme réponse c'est très bien.  
115 IPDE : Ok.  
116 **Manon** : Et comment ressentez vous la prise en charge d'un nouveau-né ? Est-ce qu'elle vous  
117 paraît différente de celle d'un adulte ?  
118 IPDE : Ah oui totalement. Ça n'a rien à voir. Un enfant en règle générale mais un nouveau-né  
119 aussi c'est pareil. En fait un nouveau-né c'est pas un petit adulte, pas du tout. C'est... les  
120 enfants quand ils viennent de naître tout est décuplé pour eux, ils étaient dans le ventre et  
121 donc ils étaient complètement entourés ils avaient la parole qui était protégée, ils avaient le  
122 son de la maman sans arrêt. Et là d'un coup ils se retrouvent dans la nature avec des sens qui  
123 sont décuplés donc c'est hyper stressant. Euh, nous on a besoin de les recentrer de les mettre  
124 dans des petits cocons pour qu'ils se sentent un peu comme dans le ventre. Euh, je perds le fil  
125 pourquoi on parlait de ça ?  
126 **Manon** : Au niveau de la prise en charge, si elle est différente de celle d'un adulte ?  
127 IPDE : Ah oui ! (rires). Et donc oui la douleur avant il y a des années on pesait que l'enfant  
128 avait pas mal ben parce qu'ils exprimaient pas leur douleur les bébés. Bah en fait justement la  
129 douleur elle est deux fois plus importante pour eux parce qu'ils ont pas encore tous les  
130 récepteurs pour savoir la gérer. Donc c'est, pour eux c'est hyper difficile d'avoir mal.  
131 **Manon** : D'accord

132 IPDE : Donc justement non c'est pas du tout pareil. Après ça fait très longtemps que j'ai pas  
133 travaillé chez les adultes mais c'est vraiment différent. Ici je trouve que, on va prendre, c'est  
134 plus humain je trouve on va prendre en charge la douleur, on va prendre en charge le côté  
135 entourage, on va prendre le temps, on va faire les choses au sein ou alors avec d'autres  
136 dimensions avec des sons...

137 **Manon** : D'accord, ok.

138 Et est-ce que vous avez déjà rencontré des difficultés dans la prise en charge d'un nouveau-  
139 né ? Pareil de 0 à 3 mois ?

140 IPDE : Oui, enfin, j'ai pas d'exemples là mais... Par exemple là on a une maman qui vient  
141 parce qu'en fait, la petite elle perd du poids parce qu'il y a une cassure et donc ben... Et les  
142 parents sont en demande d'informations et on a pas toujours les réponses. On a beaucoup de  
143 bébés avec des reflux donc quand on met en place des traitements en fait c'est au moins une  
144 semaine avant qu'il y ai une efficacité. Donc c'est difficile les parents sont très déstructurés et  
145 des fois ben on a pas tellement de solutions à leur apporter. Après j'ai pas d'explications là  
146 comme ça.

147 **Manon** : D'accord, ok. C'est déjà très bien.

148 Ben voilà du coup c'est la fin de cet entretien est ce que vous souhaitez rajouter quelque  
149 chose ou pas ?

150 IPDE : Non ça va.

151 **Manon** : Ok. Merci beaucoup pour le temps que vous m'avez accordé.

152 IPDE : Je t'en prie. Bonne journée aurevoir.

153 **Manon** : Merci, bonne journée à vous aussi.

## Entretien n°4 : Infirmière en Pédiatrie, Nourrissons, Chirurgie Infantile

- 1 **Manon** : Bonjour, je suis Manon étudiante infirmière en troisième année à l'IFSI  
2 d'Avignon et dans le cadre de mon travail de fin d'étude j'effectue des entretiens  
3 pour pouvoir vous poser des questions sur la communication avec le nouveau-né et  
4 l'usage des cinq sens aussi. Du coup je vais retranscrire l'intégralité de l'entretien  
5 et ça sera fait de manière anonyme.
- 6 Donc le premier thème il porte plus sur vos données personnelles à vous. Quel est  
7 ton parcours professionnel ? Quels diplômes possèdes-tu ?
- 8 IDE : Alors moi je suis infirmière et du coup juste après l'obtention de mon  
9 diplôme... J'avais fait déjà pendant ma troisième année un stage en pédiatrie ici,  
10 aux nourrissons et aux urgences pédiatriques. Et du coup j'ai postulé directement à  
11 la sortie de mon diplôme car je savais qu'il y aurait les renforts bronchiolites qui  
12 allaient attaquer.
- 13 **Manon** : Ah d'accord.
- 14 IDE : Souvent on recrute au moment de l'hiver parce qu'il y a plus de charge de  
15 travail et voilà. Donc je suis rentrée à ce moment-là. Du coup comme je connaissais  
16 déjà le service il n'y avait pas besoin de me former et je suis rentrée pour le renfort  
17 bronchiolite et de suite j'ai enchaîné.
- 18 **Manon** : D'accord et c'était en quelle année ?
- 19 IDE : C'était ... (longue hésitation) j'étais diplômée en 2015, donc 2015,  
20 décembre 2015.
- 21 **Manon** : D'accord.
- 22 Et pourquoi ton choix il s'est porté sur ce service-là ?
- 23 IDE : En fait j'ai fait mon stage là et ça m'a beaucoup plu. Moi je m'intéressai  
24 autant au soin qu'au niveau des nouveau-nés que la chirurgie infantile. En plus après  
25 on a lié les deux services donc pour moi c'était ce qui me plaisait le plus.
- 26 **Manon** : D'accord.
- 27 Le deuxième thème il porte plus sur le nouveau-né en fait. Je vais juste te demander  
28 de me donner une définition simple du nouveau-né.
- 29 IDE : (rires). Simple mais compliquée quand même.
- 30 **Manon** : Je me suis rendu compte avec mes entretiens que ce n'était pas forcément  
31 facile d'en donner une.
- 32 IDE : Une définition simple du nouveau-né ?
- 33 **Manon** : Oui
- 34 IDE : (hésitations). Ben c'est un être humain né de la conception d'un papa et d'une  
35 maman.
- 36 **Manon** : Et pour toi c'est jusqu'à quel âge qu'il est considéré comme nouveau-né  
37 par exemple ?
- 38 IDE : Bah normalement, euh, bah pour moi je dirais jusqu'à 1 mois.
- 39 **Manon** : D'accord, ok.
- 40 Le troisième thème il porte plus sur les 5 sens du coup, le goût, l'odorat, l'ouïe tout  
41 ça. Qu'évoque pour toi la notion des cinq sens ? Est-ce que vous l'utilisez ici ?

42 IDE : Alors on n'a pas de protocoles à proprement parlé sur les cinq sens. Mais  
43 après effectivement de toute façon un bébé il s'exprime un peu comme ça. Euh, fin,  
44 comment t'expliquer...

45 **Manon** : Par exemple par rapport au toucher, est ce que vous, dans votre  
46 communication avec le nouveau-né...

47 IDE : Oui, bien sûr on va caresser la main, le visage, la tête pour rassurer un bébé .  
48 Il va nous regarder, on va créer des liens. Surtout en ce moment, avec le masque  
49 pour le coup il y a beaucoup de choses qui se passent par le regard. On s'est bien  
50 rendu compte que le bébé s'adaptait. Alors on pensait que ça allait mettre en  
51 difficulté pour l'éveil de pas voir la bouche etc. Et finalement en fait non., on s'est  
52 bien rendu compte que non.

53 **Manon** : D'accord.

54 Ensuite le quatrième thème il porte plus sur ton rôle relationnel à toi avec le  
55 nouveau-né et moi je cible plutôt de 0 à 3 mois. Selon toi quel est le rôle relationnel  
56 de l'infirmier auprès des nouveau-nés ? Ton rôle à toi dans ce service auprès des  
57 nouveau-nés ?

58 IDE : Ben alors là ça dépend de la pathologie pour laquelle ils viennent après, c'est  
59 sûr que dans l'approche des soins on ne va pas être de la même façon qu'importe la  
60 pathologie. Mais on va comme je te disais toucher la tête, la main, essayer de  
61 rassurer le bébé. Euh, pendant les soins on a des protocoles pour faciliter les soins,  
62 du sucre doux, du MEOPA qu'on utilise maintenant même chez les tout petits.

63 **Manon** : D'accord, à partir de quel âge ?

64 IDE : Ben, nous on les a à partir d'un mois, un mois et demi donc on peut déjà  
65 commencer. Fin, après, souvent quand ils sont vraiment petits tout on privilégie sur  
66 sucre doux, le sein. Mais ça nous arrive, si vraiment pour des soins un peu plus  
67 douloureux de mettre du MEOPA. On a un nouveau ballon, en fait, adapté au  
68 nouveau-né. Donc on l'utilise maintenant plus tôt qu'avant.

69 **Manon** : D'accord.

70 Comment ressens-tu la prise en charge d'un nouveau-né ? Est-ce qu'elle te paraît  
71 différente de celle d'un adulte ?

72 IDE : Ah oui complètement, enfin dans un sens normalement on est censé rassurer  
73 l'adulte aussi, accompagner l'adulte aussi. Mais bon, c'est quand même un peu  
74 différent oui.

75 **Manon** : D'accord. Par rapport à quoi ? Par rapport au fait que les parents sont  
76 présents ?

77 IDE : Bah déjà ils ne communiquent pas de la même façon qu'un adulte, ils vont  
78 pas nous dire oui j'ai mal là. Donc il faut étudier comment se comporte l'enfant est-  
79 ce qu'il grimace, est-ce qu'il pleure, il faut voilà...

80 **Manon** : Être dans l'observation ?

81 IDE : Dans l'observation peut être plus qu'avec un adulte où on va rentrer et qu'il  
82 va nous dire oui j'ai mal là et j'ai besoin de ça. Là il ne va pas nous dire de quoi il  
83 a besoin...

84 **Manon** : Oui c'est à nous de le deviner ?

85 IDE : Voilà, après les parents connaissent bien leur bébé et souvent du coup quand  
86 même euh...

87 **Manon** : Oui ils peuvent le dire eux à la place...

88 IDE : Ils nous aiguillent, ils savent quand ça ne va pas voilà. Après nous des fois  
89 on donne des petites astuces pour les... pour dire bah voilà quand un bébé il fait ça,  
90 quand il se met en hyper extension qu'il pleure c'est signe qu'il a des douleurs à la  
91 déglutition. Enfin maintenant on connaît les signes ...

92 **Manon** : D'accord. Et dans votre carrière professionnelle est-ce que vous avez déjà  
93 rencontré des difficultés à prendre en charge un nouveau-né ? Que ce soit l'équipe  
94 ou que ça soit toi ?

95 IDE : Ben il y a toujours des difficultés. Après, parce que des fois on n'a pas, ben  
96 la médecine c'est pas une science exacte donc des fois on a du mal à trouver  
97 forcément la cause de la fièvre ou de la douleur chez l'enfant donc des fois les prises  
98 en charges sont plus longues c'est plus frustrant pour les parents, pour nous de ne  
99 pas savoir ce qui pose problème et de ne pas pouvoir avancer.

100 **Manon** : Ok il n'y a pas de situations particulières qui te viennent ?

101 IDE : Là comme ça non...

102 **Manon** : C'est pas grave.

103 Du coup pour moi c'est la fin de cet entretien est-ce que tu souhaites rajouter  
104 quelque chose ou pas ?

105 IDE : Non c'est bon. J'espère que...

106 **Manon** : Oui ça me va très bien c'est bon, merci pour le temps que tu m'as accordé.

107 IDE : Pas de soucis.

## **Annexe II : Guide d'entretien/ Grille d'analyse**

Dans le but d'apporter des idées et des connaissances supplémentaires à mon travail de fin d'étude, j'ai fait le choix de questionner 2 infirmières ayant la spécialisation de puéricultrice ainsi que 2 infirmières n'étant pas spécialisées. Mon choix de terrain se porte sur un service de néonatalogie ainsi qu'un service de pédiatrie.

Les questions que je m'appête à poser ont pour but de laisser libre court aux pensées du professionnel sans s'éloigner de mon cadre de référence.

Avant tout, je souhaite rappeler ma question de départ qui est la suivante : « Qu'est-ce que l'usage des 5 sens peut apporter dans l'approche relationnelle de l'infirmier avec le nouveau-né de 0 à 3 mois ? ».

Questions :

### **Premier thème : Talon sociologique**

1. Quel est votre parcours professionnel et quels diplômes possédez-vous ?
2. Depuis combien de temps êtes-vous infirmiers dans ce service ?
3. Pourquoi votre choix s'est-il porté sur ce service ?

### **Deuxième thème : Le nouveau-né**

4. Comment définiriez-vous le nouveau-né ?

### **Troisième thème : Les 5 sens**

5. Qu'évoque pour vous la notion des 5 sens ?
6. Pensez-vous utiliser les 5 sens dans votre communication quotidienne avec le nourrisson ?

### **Quatrième thème : Le rôle relationnel infirmier avec le nouveau-né de 0 à 3 mois**

7. Selon vous, quel est le rôle relationnel de l'infirmier auprès des nouveau-nés ?
8. Comment ressentez-vous la prise en charge d'un nouveau-né ? Vous paraît-elle différente de celle d'un adulte ?
9. Avez-vous déjà rencontré des difficultés à prendre en charge un nouveau-né ?
10. C'est la fin de cet entretien. Souhaitez-vous rajouter quelque chose ?

### Annexe III : Autorisation de réalisation des entretiens



[REDACTED]  
[REDACTED]  
[REDACTED]  
**DIRECTION DES SOINS**  
[REDACTED] (secrétariat)

[REDACTED], le 10 février 2021

Le Directeur des Soins  
[REDACTED]

Madame Manon CANTALUPPI  
47 impasse du couchant  
30490 MONTFRIN

Nos Réf. : TI-H/MP/21

Vos Réf. : votre courrier du 8 février 2021

Objet : TFE

Madame,

J'accuse réception de votre demande dans laquelle vous sollicitez l'autorisation de réaliser des entretiens dans le cadre de votre travail de fin d'étude.

J'ai le plaisir de vous faire connaître que j'émetts un avis favorable à cette démarche. Je vous demanderais de bien vouloir prendre contact avec Madame [REDACTED], cadre de santé du service de Néonatalogie au [REDACTED] et, Madame [REDACTED], cadre de santé du service pédiatrie petits au [REDACTED], dès réception de ce courrier.

Je vous prie d'agrèer Madame, l'expression de mes salutations distinguées.

LE DIRECTEUR DES SOINS

[REDACTED]

## Annexe V : Autorisation de diffusion du TFE



### AUTORISATION DE DIFFUSION DU TRAVAIL DE FIN D'ÉTUDES

Annexe de la procédure relative à la conservation et à la diffusion des TFE.

Ne peut être diffusé qu'un travail de fin d'études ayant obtenu une note supérieure ou égale à 15/20 à l'écrit, sous réserve d'être sélectionné par l'équipe pédagogique.

Remarque : aucun étudiant ne peut s'opposer à la conservation (archivage) par l'E.R.F.P.P. de son travail de fin d'études en version papier (5 ou 10 ans) et en version numérique (illimitée).

Je soussigné(e) (Prénom, NOM) : *Manon CANTALUPPI*

Promotion : *2018-2021*

Autorise, sans limitation de temps, l'IFSI - E.R.F.P.P. G.I.P.E.S d'Avignon et du Pays de Vaucluse

à diffuser le travail de fin d'étude que j'ai effectué en tant qu'étudiant en soins infirmiers :

(Titre du TFE)

*De l'usage des cinq sens aux paroles : la communication avec le nouveau-né de 0 à 3 mois.*

En version papier (au centre de documentation de l'E.R.F.P.P.)

oui

non

En version numérique - PDF (sur le catalogue en ligne du centre de documentation)

oui

non

Je soussigné(e), déclare avoir été informé(e) des conditions d'intégration, de diffusion et de conservation de mon travail de fin d'études par l'E.R.F.P.P. G.I.P.E.S. d'Avignon et du pays de Vaucluse et les accepter sans limite de temps. Ces conditions sont précisées dans la procédure relative à la conservation et à la diffusion des TFE consultable en annexe du cahier des charges du travail de fin d'étude.

Avignon, le *25/04/21* Signature :

*Cantaluppi*

## Résumé

La communication avec le nouveau-né n'est pas aussi évidente qu'elle n'y paraît. C'est donc par ce choix de thème pour mon travail de fin d'étude que j'ai souhaité apporter des éléments pouvant améliorer notre rôle relationnel et nos échanges auprès du nouveau-né de 0 à 3 mois. Je suis donc partie d'une question de départ qui est la suivante : « Qu'est-ce que l'usage des cinq sens peut apporter dans l'approche relationnelle de l'infirmier avec le nouveau-né de 0 à 3 mois ? ». Afin d'apporter une piste réflexive sur cette question de départ, j'ai commencé mes recherches en évoquant le développement du nouveau-né au travers d'auteurs connus dans le monde de la pédiatrie. Un autre champs disciplinaire relatif à la communication a été développé. J'y ai donc lié les 5 sens et son rôle dans la communication avec le nouveau-né. Et enfin, j'ai développé le rôle relationnel de l'infirmier. Afin de confronter mes recherches à la réalité du terrain j'ai mené des entretiens auprès d'infirmières et infirmières puéricultrices en pédiatrie. Ce travail de fin d'étude permet d'apporter des pistes réflexives sur la prise en soin du nouveau-né en passant par la communication et la relation de soin.

**Mots clés :** communication, nouveau-né, rôle infirmier, relation de soin.

---

## Abstract

Communication with the newborn is not as obvious as it seems. Therefore, it is with this choice of theme for my end-of-study work, that I wished to bring elements that could improve our caregiving relationship and our exchanges with the newborn from 0 to 3 months.

I therefore started with the following question : "How can the use of the five senses bring to the relational approach of the nurse with the newborn from 0 to 3 months? ". In order to bring a reflexive track on this starting question, I began my research by mentioning the development of the newborn through known authors in the world of pediatrics. Another disciplinary field related to communication was developed. I linked the 5 senses and their role in the communication with the newborn. And finally, I developed the caregiving relationship of the nurse. In order to confront my research with the reality of the field, I conducted interviews with nurses and pediatric nurses. This end-of-study work allows to bring reflexive tracks on the care of the newborn through communication and the caregiving relationship.

**Keywords :** communication, newborn, nursing rôle, care relationship.