



LES RELATIONS CONFLICTUELLES DES ADOLESCENTS HOSPITALISES EN SOINS GENERAUX

**TRAVAIL DE FIN D'ETUDES
Sandrine MARCILLET
Etudiante 3^{ème} année
IFSI de CHAUMONT
Promotion 2004/2007**

SOMMAIRE

Remerciements	2
Introduction	4
Problématique	7
<u>1 : Pourquoi l'adolescent est-il considéré comme un être à part</u> :.....	8
1-1 : Cette question m'emmène à réfléchir sur ce qu'est l'adolescence.....	8
1-2 : Modifications apportées par la période pubertaire.....	9
1-3 : Développement psychologique des adolescent de 15 à 18 ans.....	10
<u>2 : Les adolescent(e)s de 15 à 18 ans sont hospitalisés en service d'adulte</u> :.....	11
2-1 : Prise en charge des adolescents de 15 à 18 ans dans les services accueillant des adultes.....	14
2-2 : Vécu des infirmières vis-à-vis de l'hospitalisation des adolescents.....	15
2.3 : Vécu des adolescents ayant été hospitalisés vis-à-vis des soignants.....	17
<u>3 : Les conflits adolescent/soignant</u>	17
Question de recherche.....	18
Cadre conceptuel « accueil des adolescents en soins généraux »	19
Conclusion	26
Lexique	28
Annexes	31
Bibliographie	36

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier toutes les personnes qui m'ont apporté leur aide et leur soutien pour la réalisation de mon travail de fin d'études.

- Madame Bernadette GEORGIN pour ma guidance
- Mesdames AUBERTIN et SCHABOWSKI, psychologues
- Les infirmières diplômées d'état de l'hôpital et de la clinique de Chaumont
- Madame CHIKH responsable du secteur Fil Santé Jeunes à Paris
- Madame BERNARD Cadre de santé en pédiatrie à l'hôpital de Chaumont
- Mes collègues de promotion pour leur soutien
- Ma famille, en particulier mon compagnon et ma fille aînée pour leur patience et leur soutien
- Melle J Anne-Charlotte dont le vécu, non mentionné dans ce travail, est le point de départ de ma réflexion

INTRODUCTION



Le travail de recherche que vous allez parcourir représente une réflexion de mon travail de fin d'études.

Au cours des différents stages effectués durant mes 3 années de formation, ainsi que pendant ma carrière d'aide-soignante, j'ai pu constater, à différentes reprises, des difficultés de communication flagrantes entre le personnel soignant et des adolescents¹ de 15 à 18 ans, hospitalisés pour une pathologie aiguë (appendicite, pyélonéphrite, fracture de cheville..). Les patients appartenant à cette tranche d'âge, sont considérés dans les services, comme des patients « douillets », trop ou pas assez demandeurs, désinvoltes. A contrario, la prise en charge et la communication sont plus aisées pour les soignants vis à vis de patients d'autres tranches d'âges.

« ...les adolescents sont considérés comme « gêneurs », comme trop souvent dans leur famille, contrairement à l'enfant qui est dit « bon malade » parce qu'il n'exprime pas sa souffrance et a l'habitude de se soumettre ».²

J'ai en effet plusieurs cas concrets, rencontrés dans différents services de soins, pour argumenter mon constat. Je vais vous relater celui d'un adolescent de 17 ans que je nommerai Pierre, hospitalisé en médecine physique et réadaptation³ suite à une fracture de fémur droit.

Cet accident s'est produit en prenant des risques sur un quad. A J 15 de son ostéosynthèse* fémorale, il est hospitalisé dans le service de MPR depuis une semaine lorsque je débute mon stage (premier stage de deuxième année). Lors des transmissions, je suis informée de la pathologie de Pierre, de ses suites opératoires, des prescriptions de réadaptation notamment :

- appui soulagé de la jambe opérée
- déplacements modérés avec 2 cannes anglaises
- séances de kinésithérapie programmées

L'infirmière m'informe aussi que Pierre « n'en fait qu'à sa tête, n'écoute pas les recommandations, marche fréquemment pour aller fumer dehors, ne prend qu'une béquille... ». L'équipe me fait part des difficultés rencontrées avec Pierre tant du point de vue de son comportement que de celui du langage désinvolte qu'il emploie. Les soignants expriment leurs difficultés à devoir sans cesse le rappeler à l'ordre, sans autre effet que d'entretenir avec cet adolescent une relation de provocation et de conflit.

¹ Il faut lire tout au long de ce travail adolescent ou adolescente idem pour soignant et soignante

² Haut Comité de la Santé Publique. La souffrance psychique des adolescents et des jeunes adultes. ENPS février 2000. page 89

* se reporter à chaque astérisque au lexique p26

³ MPR

Mon observation sur le terrain, m'a permis de constater que certaines valeurs telles que l'écoute, le respect, la patience, ne sont pas toujours au rendez-vous et ce, tant du côté des soignants que de celui des adolescents. Leurs absences sont alors source de conflits et responsables du mal être de chacun durant la courte période d'hospitalisation qu'impose une pathologie aiguë. La situation de ces adolescents hospitalisés avec des adultes m'a fait prendre conscience de l'aide et de la nécessité d'écoute dont ils ont besoin.

Il me semble important, pour mon projet professionnel et pour mon rôle de soignante, d'approfondir ces situations qui ne sont pas isolées, qui m'ont suscité un grand nombre d'interrogations et m'ont fait arriver à ma question de départ :

« Comment une infirmière en soins généraux peut-elle appréhender l'éducation aux soins et les relations conflictuelles soignants/soignés des adolescents de 15 à 18 ans, hospitalisés pour une pathologie aiguë dans un service d'adulte ».

J'aborde tout d'abord cette problématique par une succession de questions.

- ✚ Dans une première partie, que j'ai intitulée :
Pourquoi l'adolescent est-il considéré comme un être à part, je développe l'adolescence et le développement psychologique des 15/18 ans
- ✚ Ensuite, dans une seconde partie intitulée :
Pourquoi l'adolescent de 15 à 18 ans est-il hospitalisé en service d'adulte, j'aborde la difficulté d'être hospitalisé à cet âge.
- ✚ Enfin, une dernière partie intitulée :
Comment éviter les conflits adolescent/soignant et favoriser l'éducation aux soins, je mets en lien les réponses apportées précédemment avec la prise en charge du patient.
- ✚ Suite à cette troisième partie, je propose une question de recherche qui m'amènera à développer un cadre conceptuel. Cette question est la suivante :

« En quoi un accueil personnalisé des adolescents en service de soins généraux pourrait éviter les relations conflictuelles avec les soignants ? »

***PROBLEMATIQUE
ET
QUESTION DE
RECHERCHE***



1 : Pourquoi l'adolescent est-il considéré comme un être à part?

Selon **Marcel Rufo**, pédopsychiatre, « *les adolescents, c'est une espèce à part, parce qu'ils ne veulent plus être petits et ne sont pas encore grands* ». ⁴

1-1 : Ceci m'emmène à réfléchir sur ce qu'est l'adolescence.

Du point de vue historique et selon **Agnès THIERCE** :

- Au sens originaire latin, (*adolescere* : grandir vers) le terme désigne la période de croissance, de la naissance à 25 ans. Aussi le terme pendant très longtemps n'est pas distingué de celui d'enfant, de jeune...Jusqu'à la révolution française le sens du mot varie beaucoup. A partir d'elle, on cherche à classer non plus par ordre, mais par âge⁵.

- L'adolescence est réservée à l'élite masculine jusque dans les années 1880-1890, où elle s'élargit alors à l'ensemble d'une classe d'âge. A l'enfance, encadrée par l'école primaire désormais obligatoire, succède, jusqu'au mariage ou à l'armée, un temps « d'abandon social » qui coïncide avec l'âge critique de l'adolescence. C'est au XIXe siècle que la notion d'adolescence prend progressivement son sens actuel d'âge intermédiaire entre l'enfance et la jeunesse⁶

Au vu de l'évolution historique de l'adolescence, j'arrive aux définitions actuelles :

- L'OMS⁷ définit comme adolescent tout individu de 10 à 19 ans. Cette définition est basée sur le fait que pendant cette période l'organisme est en pleine croissance avec des modifications endocriniennes, psychiques et sociales majeures.

- Une circulaire de la Direction Générale de la Santé⁸ précise : « s'il est difficile de définir l'adolescence en terme chronologique, en pratique doivent être considérés comme adolescents les patients âgées de 13 à 19 ans, étant entendu que les limites d'âge ne sauraient être strictes et doivent être adaptées en fonction de variables individuelles».

- Dans le *Traité de Pédiatrie de Nelson*⁹, l'adolescence est définie comme « une période de croissance et de modifications importantes de nature physique, cognitive et psycho-sociale. Elle débute approximativement à l'âge de 10 ans chez les filles et de 12 ans chez les garçons. La fin de la croissance n'est pas clairement délimitée et varie en

⁴ Entretien « ados-adultes –comment se supporter » Journal L'express- 22/11/2004

⁵ Histoire de l'adolescence(1850-1914)Agnès Thiercé Belin, 1999

⁶ « De l'école au ménage » : le temps de l'adolescence féminine dans les milieux populaires (IIIe République)Agnès THIERCÉ

⁷ Organisation Mondiale de la Santé. Les problèmes de santé des adolescents. Rapport d'un comité d'experts, OMS Ser. Rapp.Techn. 1965 n° 308

⁸ Circulaire de la DGS/DH du 16 mars 1988 relative à l'amélioration des conditions d'hospitalisation des adolescents. DGS/DH - 132 /2B.

⁹ NELSON W.E.Textbook of pediatrics Saunders - Philadelphia 11th ed. 1979, 47 - 56,

fonction de critères physiques, mentaux, affectifs, sociaux et culturels qui caractérisent l'adulte. »

Je constate que cette définition, fixe le début de l'adolescence à celui de la puberté et, contrairement aux deux précédentes, met en évidence le caractère variable de la fin de cette période. L'adolescence est donc assimilée avec ses diverses composantes à la période pubertaire dont l'âge de début et de fin varie selon les enfants.

1-2 Modifications apportées par la période pubertaire :

Je rappelle que la période pubertaire représente une étape essentielle dans la vie de l'être humain. Ses conséquences sont de nature :

Physique par l'acquisition de la capacité de procréation. « Depuis la fin du XIXe siècle, le processus de puberté survient de plus en plus précocement. C'est ainsi qu'au début du siècle, l'âge moyen d'apparition des règles était de 17 ans ; il est aujourd'hui proche de 12 ans. Collectivement les individus se trouvent donc confrontés à un processus de puberté à un âge très jeune ». ¹⁰

« La puberté c'est l'ensemble des modifications qui se produisent chez les filles au moment où s'établit la menstruation et chez les garçons dès que les testicules produisent des spermatozoïdes ». ¹¹

Psychologique par l'apparition de pulsions et de sentiments nouveaux liés aux modifications corporelles. « Le travail psychologique interne que l'adolescent effectue pour s'adapter aux remaniements pulsionnels de son âge peut émerger dans son comportement. Ainsi les couples « actions/inactions, activité/passivité, intérêt/désintérêt, mouvement/inertie » renvoient à des problématiques pulsionnelles libidinales* (qui vont déstabiliser le MOI*) ou agressives dont le mode de résolution sera individuel ». ¹²

Sociale par la recherche de nouvelles relations en dehors de la famille. En effet, pendant la même période, il est nécessaire à l'adolescent de se différencier de ses parents et de devenir adulte comme eux. Sur le plan social, l'adolescence correspond aux marques extériorisées au niveau du groupe, de ce passage enfant/adulte. Dans notre société, si rien n'est organisé ni par la société, ni par l'adolescent lui-même, pour marquer ce passage, on peut dire que les apprentissages scolaires ou professionnels dont la durée s'allongent, la terminaison de l'adolescence est reportée. « Cela donne une idée de l'attitude collective inconsciente vis-à-vis de l'adolescence qui devient une période de la vie de plus en plus interminable. Ceci peut témoigner aussi de l'incertitude et des

¹⁰ Haut Comité de la Santé Publique. La souffrance psychique des adolescents et des jeunes adultes. ENPS février 2000. p 4

¹¹ Garnier Delamare. Dictionnaire illustré des termes de médecine. 28^{ème} édition. Maloine ; 2004

¹² Ibid HCS. P 20

angoisses des adolescents eux-mêmes vis-à-vis de leur entrée dans le monde des adultes ». ¹³

J'ai conscience, en tant qu'adulte, que tous ces remaniements perturbent les adolescents en quête d'identité. Ils se cherchent, se découvrent et se préparent à devenir des adultes. J'ai besoin cependant, dans le cadre de mes recherches d'obtenir davantage de renseignements sur le développement psychologique des adolescents de 15 à 18 ans. De plus, il me semble important, en qualité de future infirmière, de connaître cet aspect de l'adolescence pour me permettre de mieux identifier, comprendre les comportements et réactions de ces jeunes lors d'une hospitalisation. Dans le but d'affiner mes recherches, j'ai élaboré un questionnaire ¹⁴ qui m'a servi de fil directeur pour les entretiens que j'ai pu obtenir avec deux psychologues.

1-3 Développement psychologique des adolescents de 15 à 18 ans :

Selon **Patrick Charrier**, psychologue :

« C'est l'entrée dans le processus d'adolescence, à ne pas confondre avec l'avènement de la puberté, qui signe le réveil des pulsions violentes et sexuelles et le rappel des figures parentales qui reviennent sur le devant de la scène. L'adolescent doit remettre en question les interdits acquis à la période oedipienne tout autant que ses capacités à canaliser la violence nécessaire. Il est invité par le processus psychologique de l'adolescence à rejouer les conflits infantiles tout en essayant de protéger les images parentales. Il faudra donc pour l'adolescent déplacer ses conflits de la sphère familiale à la sphère plus large de l'institution » ¹⁵.

Les entretiens auprès de psychologues que j'ai rencontré, m'ont fait comprendre qu'en théorie, à cet âge, la crise d'adolescence (symbole de crise identitaire, période sensible et d'affrontement) est dépassée, tout comme les changements corporels majeurs. Cependant, pour certains adolescents, il peut y avoir encore des manifestations d'ordre réactionnelles en rapport au corps, à la puberté, la sexualité, la pudeur. Ayant fait la synthèse de ces entretiens, j'ai relevé quatre éléments qui me paraissent intéressants de développer afin de mieux cerner les réactions de ces jeunes gens :

¹³ PUBERTÉ NORMALE ET PATHOLOGIQUE – DÉVELOPPEMENT PSYCHOLOGIQUE À L' ADOLESCENCE
www.univrouen.fr/servlet/com.univ.util.LectureFichierJoint

¹⁴ Annexe n°1

¹⁵ P. CHARRIER « violences adolescentes : analyses, gestion, prévention » Direction générale de l'enseignement scolaire-
01/11/2004

- La crise du « non » des deux ans réapparaît à l'adolescence :

Selon **Agnès FLORIN**, Professeur en Psychologie du développement et de l'éducation :

« Tout comme l'enfant de 2 ans manifeste à la fois ses nouvelles compétences sociales, cognitives et motrice, son besoin d'indépendance vis-à-vis de la personne qui s'occupe de lui, l'adolescent doit assumer des changements physiques important, se détacher de l'influence de sa famille et construire son identité d'adulte. Ces « tâches développementales » peuvent s'accompagner de manifestations d'égoïsme et de conflits avec l'entourage, sans pour autant déboucher sur une crise ».¹⁶

J'ai en mémoire, l'hospitalisation en chirurgie viscérale d'une jeune fille de 16 ans. Celle-ci, depuis son entrée, ne quittait pas sa casquette. Lors de la préparation préopératoire, toutes explications d'hygiène données, il a été impossible de la lui faire enlever. Rien n'a pu être fait, aucune négociation n'a été possible, elle tenait ces propos : « *Je me fait opérer du ventre pas de la tête !* », « *Non je ne l'enlèverai pas !* ». Son comportement a créé un conflit entre l'équipe et elle. Elle est montée au bloc opératoire, avec sa casquette, qui n'a pu lui être enlevée qu'après l'anesthésie.

- Les réactions sont différentes entre les filles et les garçons :

Les filles mûrissent plus rapidement que les garçons. Cela s'explique par le fait que les changements physiques et hormonaux se manifestent plus précocement et sont plus visibles que pour les garçons. Le rapport au corps reste une réalité que les garçons n'ont pas. Elles afficheront plutôt leurs problèmes par des pleurs, des dépressions, de troubles des conduites alimentaires.

Les garçons sont dans l'opposition, le déni « ça n'arrive qu'aux autres » et mûrissent moins rapidement. Ils sont davantage attirés par les déviances (consommation d'alcool, de drogues, délinquance). Ils s'affirment par des prises de risques.

- Hospitalisation, le réveil des angoisses :

Ginette Raimbault, psychologue spécialiste des enfants et des adolescents précise que :

« Lors de l'hospitalisation, l'enfant ou l'adolescent est séparé de son cadre familial. Il se trouve aux mains d'inconnus qui prennent la place de ses parents jusque dans les soins les plus intimes tout en maintenant avec lui des échanges verbaux le plus souvent réduit au strict minimum dans le collectif anonyme, pour des raisons d'efficacité et de rendement.¹⁷ »

¹⁶ Florin, A. *Introduction à la psychologie du développement : enfance et adolescence*. Dunod, Les Topos. (2003). Page 108

¹⁷ G. Raimbault « les conséquences psychologiques des maladies et des handicaps » 1970

Selon elle, de façon à peu près constante, l'effet psychologique immédiat est un éveil de l'angoisse, puis de la mise en place de mécanismes de défenses tels que l'ascétisme* et l'intellectualisation*. De même, elle explique, que la simple vue des seringues peu déclencher une peur panique par un mécanisme de déplacement. La piqûre est une intrusion au corps par laquelle l'individu peut se vider de son sang. Tout comme l'acte chirurgical éveille et ravive les fantasmes fondamentaux de mutilation ou de morcellement*. Il peut être assimilé à une angoisse de castration*. Quant à l'anesthésie, que ce soit pour les adolescents ou pour les adultes, elle est aussi anxiogène, car elle supprime le contrôle de soi-même et des autres. L'adolescent est alors livré à tous les fantasmes de mort, de punition qu'il maîtrise à l'état de veille.

- Les 15/18 ans sont dans le déni de la mort, des accidents, de la maladie :

Ils manifestent leurs difficultés par des conduites à risque. Ces conduites ont été interprétées par des études sociologiques comme une réponse à la disparition progressive des rites des passages de l'enfance à l'âge adulte. L'histoire des civilisations est jalonnée de rites initiatiques qui avaient une signification précise, celle du passage de l'enfance à l'âge adulte. Dans les pays occidentaux, tous les rites symboliques et sociaux comme la remise de diplômes, les cérémonies religieuses, le service militaire, le mariage tendent à perdre leur fonction symbolique et prennent des formes de plus en plus floues.

Pour **Agnès Florin**, les rites de passages socialement organisés se sont estompés avec le temps et d'autres rites se sont souvent substitués, choisis par les adolescents eux-mêmes avec des choix vestimentaires spécifiques, des marquages corporels (tatouages, piercings)...¹⁸

Le besoin de s'affirmer par la prise de risque me fait revenir à l'hospitalisation de Pierre dont l'accident était la conséquence d'un défaut de maîtrise de son quad. C'est surtout son comportement en service que je mets en lien avec mes recherches. Je m'explique mieux son attitude à l'égard du non respect des prescriptions médicales qui reflète le déni de la maladie. Sa fracture étant ostéosynthésée*, selon lui, il n'était donc pas utile de respecter les consignes de soins. Il tenait ces propos : « *J' vais bien, j' suis plus cassé, demain je recommence. J' ai pas besoin d' rester au lit, j' suis un homme !* » J'analyse donc schématiquement la réaction de Pierre de deux façons possibles :

Accident /plaie = maladie =} DENI =} Provocation /Prise de risque
Accident/plaie=} ANGOISSE=} ascétisme/intellectualisation

¹⁸ Ibid page 86

Cette réaction en cascade est bien décrite par **Françoise DOLTO** qui disait :

« L'adolescent, est comparable au homard qui, une fois sa coquille tombée, est obligé d'aller se cacher sous les rochers, le temps de sécréter une nouvelle coquille. Vulnérable à toute sortes de sollicitations, l'adolescent tend alors parfois à compenser son manque de défense par des changements d'attitudes soudains et variés, des comportements excessifs, voire déviants ». ¹⁹

Je constate qu'il n'est vraiment pas simple de prendre en charge et de comprendre un adolescent qui ne s'est pas complètement trouvé. Je me demande alors, pourquoi ces patients ne sont pas hospitalisés en pédiatrie ou le personnel soignant est plus formé pour gérer les problèmes liés à l'adolescence en général.

2. Les adolescent(e)s de 15 à 18 ans sont hospitalisés en service d'adulte :

D'après un rapport adopté lors de la session du Conseil national de l'Ordre des médecins de mars 1998, la consultation d'adolescents est souvent difficile car ils peuvent être ambigus, mystérieux, peu coopérants. Très peu d'entre eux en effet, acceptent de consulter un pédiatre, catalogué comme un médecin des bébés et des enfants, ceci dans leur souci, bien légitime, d'émancipation, d'autonomie et de reconnaissance de leur état. Pour ce qui est de l'hospitalisation en France, les services d'hospitalisations spécifiques pour adolescents sont très rares, alors que ces structures sont développées dans les pays anglo-saxons. Une circulaire ministérielle²⁰ en vue d'améliorer les conditions d'hospitalisations des adolescents avait fixé en 1988 trois objectifs : évaluer les besoins - améliorer les conditions d'accueil et d'hospitalisations, participer à la mise en place de structures de santé extrahospitalière pour adolescents.

Plus récemment, selon la CIRCULAIRE N°517/DHOS/O1/DGS/DGAS du 28 octobre 2004 relative à l'élaboration des SROS de l'enfant et de l'adolescent (Schémas Régionaux d'Organisation des Soins), est hospitalisée en pédiatrie, la population considérée jusqu'à 18 ans, l'âge légal de la majorité paraissant une référence acceptable. Toutefois, des organisations locales et concertées permettent de tenir compte de situations particulières. Par exemple, aux urgences pédiatriques ou pour le suivi de pathologies chroniques très spécifiques, lorsque, après avoir entendu l'adolescent, une concertation médicale rend préférable un suivi en service d'adultes. La pédiatrie générale hospitalière a une fonction de recours pour la prise en charge de proximité de

¹⁹ La cause des adolescents Françoise Dolto, Ed. Pocket, 2003

²⁰ Circulaire de la DGS/DH du 16 mars 1988 relative à l'amélioration des conditions d'hospitalisation des adolescents. DGS/DH - 132/2B.

l'enfant et de l'adolescent. Elle est impliquée dans la prise en charge de l'enfant et de l'adolescent hospitalisé dans un établissement accueillant adultes et enfants²¹.

J'en conclus que chaque établissement doit donc s'organiser et accueillir les adolescents. Dans la pratique, les services de pédiatrie accueillent les adolescents jusqu'à 15/16 ans selon le fonctionnement du centre hospitalier dont ils dépendent. Cependant, si une hospitalisation en service de soins généraux pose problème pour un adolescent au-delà de l'âge référé ci-dessus, il sera accueilli en pédiatrie au même titre qu'un enfant de 7 ans le sera en chirurgie adulte pour une appendicite.

Les hôpitaux dans lesquels j'ai travaillé ainsi que ceux où j'ai pu effectuer des stages, n'avaient pas de service spécifique à l'accueil des grands adolescents. C'est pour cette raison que j'ai soigné des patients de 15 à 18 ans en service d'adulte, et de ce fait, observé des situations problématiques.

2.1 Prise en charge des adolescents de 15 à 18 ans dans les services accueillant des adultes ?

Selon **Patrick ALVIN**, « ...l'adolescence est la période de la vie où l'on est censé être le moins malade. Le clivage entre les structures d'accueil pédiatrique et adulte, autour de l'âge de 15 ans, n'est pas pour simplifier les difficultés des équipes soignantes face aux adolescents ». ²² C'est depuis cette réflexion mais aussi dans le but de poursuivre et affiner mes recherches, que j'ai, comme pour les entretiens avec les psychologues, élaboré un questionnaire²³ destiné aux infirmières de soins généraux.

L'un de mes objectifs était de découvrir si en pratique, la prise en charge des adolescents dans les services était la même que pour les adultes. En effet, j'ai observé, au travers des réponses qui m'ont été faites, qu'effectivement, elle pouvait être différente avec un adolescent. Cette différence m'est expliquée d'après l'âge du patient.

Pour les infirmières que j'ai rencontrées, certaines me disent ne pas faire de différences entre adultes et adolescents. Cependant elles doivent s'adapter au vocabulaire, au langage des ados ainsi qu'à leurs connaissances selon les explications qu'elles donnent à l'entrée ou pendant l'hospitalisation. Selon elles, les demandes concernant les pathologies ne seront pas les mêmes que les adultes, elles resteront superficielles et abstraites.

²¹ MINISTÈRE DE LA SANTÉ et de la PROTECTION SOCIALE
www.gfrup.com/texte_officiel/snpeh_sros_pediatrie_circulaire.pdf

²² P. ALVIN Pédiatre, chef du service de médecine des adolescents CHU de Bicêtre. Les adolescents aux urgences quels sont les problèmes ?
www.cairn.info/load_pdf.php?ID_REVUE=EP&ID_NUMPUBLIE=EP_018&ID_ARTICLE=EP_018_0077

²³ Annexe n°2

Pour d'autres professionnelles, la prise en charge d'un adolescent est propre à chacun. Une infirmière me dit ne pas être la même avec un ado. Elle se sent plus abordable, plus proche, plus à l'écoute de ses « petits bobos ». Elle m'explique que lorsqu'elle va faire un pansement à un adolescent, elle lui explique ce qu'elle va faire, elle discute. Elle aussi, s'adapte au langage et au comportement des adolescents dans la limite du raisonnable.

Au regard de ces entretiens il semble que la prise en charge des adolescents soit effectuée de manière différente selon les professionnels même s'il en ressort que, pour tous, il est nécessaire d'avoir une communication verbale adaptée aux adolescents. De même que les comportements seront variables si les adolescents sont accompagnés ou non de leur parents.

En effet, pendant mon activité professionnelle, j'ai pu constater que lorsqu'un adolescent arrivait accompagné de ses parents, l'infirmière établissait son recueil de données avec ceux-ci, sans vraiment poser les questions à l'adolescent ni lui expliquer personnellement les examens, le fonctionnement du service...

Parallèlement à la prise en charge et selon la façon d'être de chacun, je m'interroge sur le type de relations qui peuvent être rencontrées entre les soignants et les adolescents hospitalisés

2.2 Vécu des infirmières vis-à-vis de l'hospitalisation des adolescents ? :

D'après **Christian Ponsar** et **Michel Vibert**, en tant que soignants, nous sommes interpellés à deux niveaux : d'une part, en tant qu'adultes, à propos de la poursuite (ou du déplacement) de ce que l'on reconnaît comme l'autorité parentale et qui renvoie aux règles de l'individu par rapport à l'autre, aux autres ; d'autre part en tant que soignant : il s'agit d'apprendre à l'adolescent en souffrance ce qui est « bon pour lui », ce qui le soigne, par rapport à ce qui est « mauvais pour lui », ce qui le détruit ou le déconstruit dans son rapport à lui-même.²⁴

Le témoignage des infirmières que j'ai rencontré va en partie dans le même sens. J'ai constaté qu'à plusieurs reprises, il était mentionné le fait que, lorsqu'une infirmière plus proche de l'âge des parents de l'adolescent, insiste sur l'hygiène, les conduites à tenir durant l'hospitalisation, il leur arrive de s'entendre dire : « *on croirait entendre ma mère !* ». Pour l'adolescent, un transfert peut faire surgir les conflits liés à la relation mère/enfant. Le contre-transfert est aussi valable si l'infirmière à un adolescent du même

²⁴ Enfance et Psy. Questions d'autorité. Numéro 22 - Revue trimestrielle. 2003. p 125

âge. Je pense qu'effectivement il n'est pas évident de ne pas faire de transfert avec le patient surtout si le soignant à des enfants du même âge.

Il n'y a pas qu'un écart d'âge marqué qui peut modifier les comportements. J'ai pour ma part, pu constater aussi une différence d'attitude si l'âge du soignant est rapproché de l'adolescent. A ce sujet **Brigitte Yelnik** explique : «...lorsque le soignant a un âge proche du soigné, il sent parfois ses compétences remises en cause par ce dernier, se projette à sa place ou se met en danger par une trop grande familiarité. »²⁵

En analysant le vécu des infirmières, il m'apparaît que les relations avec les adolescents hospitalisés (ce n'est pas une généralité) ne sont pas toujours faciles. Plusieurs points ont été soulevés et je reprendrais leurs propos :

- « *ils ne sont pas trop volontaires* » notamment pour les suites opératoires, lorsqu'ils doivent avoir des séances de kinésithérapie ils ont tendance à vouloir faire un exercice sur deux. Le week-end s'il n'y a pas de kiné, c'est à nous de veiller au respect des exercices, c'est beaucoup moins évident.

- Les relations sont différentes selon si une mère est présente et protectrice, elle peut cependant servir d'intermédiaire avec ce que l'adolescent n'ose pas dire ou demander directement. Certains adolescents jouent de la présence de leurs parents et cela peut poser problème. Je prendrai pour exemple le cas d'un adolescent de 16 ans hospitalisé en orthopédie. Celui-ci suivait sa kinésithérapie sans problème. Cependant, lorsque sa mère est venue le voir, il s'est plaint auprès d'elle que la rééducation était dure, que c'était fatigant, qu'il avait mal. Les parents sont venus manifester leur mécontentement auprès des infirmières qui ont dû expliquer l'intérêt de la kinésithérapie par rapport à la pathologie de leur enfant.

- « *ils nous provoquent* » en ce sens où même si l'adolescent a eu toutes les informations sur l'intérêt de la rééducation, des soins d'hygiène, il n'en fait qu'à sa tête et dit qu'il fera ce qu'il voudra de retour à domicile.

Par ce témoignage je peux établir une corrélation avec l'hospitalisation de Pierre. Indépendamment du développement psychologique que j'ai pu expliquer plus haut dans mon travail, les infirmières pensent que le comportement des adolescents peut être différent selon le milieu socioculturel dont ils sont issus, leur niveau d'études. Ce fait m'a été confirmé et expliqué par une des psychologues que j'ai rencontrées. Les adolescents ayant une instruction ou culture générale plus développée, ont une meilleure compréhension, une plus grande ouverture d'esprit et de tolérance donc une meilleure intégration des informations qui leurs sont données.

²⁵ Soigner l'adolescent atteint de maladie grave en service d'adulte, Brigitte Yelnik, infirmière. Supplément 211. Infirmière Magazine 2005. p 10

2.3 Vécu des adolescents ayant été hospitalisés vis-à-vis des soignants :

Ces jeunes semblent entretenir une bonne relation avec les soignants. A l'hôpital, 4 jeunes sur 10 se sentent « entourés », « en sécurité, rassurés » ou « écoutés ». Près d'un quart d'entre eux s'y sentent seuls, 20% « anxieux » et 8% « abandonnés ». Les jeunes malades attribuent avant tout aux soignants un rôle de « soutien », de conseil (près de 70% d'entre eux), « d'écoute » (56%), « d'accompagnement » (39%), ou de protection (35%). Parallèlement, près de la moitié leur attribue aussi un rôle de « surveillant ». D'autre part, comme il a été mentionné précédemment, le soutien et la gentillesse des soignants sont cités comme des aspects positifs du traitement.²⁶

Ici encore, je me rappelle d'Amandine 17 ans, hospitalisée pour une pyélonéphrite. Ses relations avec les infirmières du service étaient tendues parce qu'elle ne comprenait pas le traitement par perfusion qui lui avait été prescrit, ne respectait ni la diurèse, ni les consignes d'hydratation qui lui avaient été données. Je me souviens qu'elle disait reconnaître au travers des infirmières « une caserne militaire ». Aide-soignante à ce moment là, j'avais pris du temps auprès d'elle afin de comprendre ce qui n'allait pas. Au fil de la discussion, elle me disait tout d'abord :

« J'espère que vous serez là demain pour vous occuper de moi parce que vous êtes gentille. Pas comme la blonde qui fait les piqûres et qui râle tout le temps ». J'ai essayé de savoir pourquoi elle en voulait tant à cette infirmière. Elle m'a alors raconté que cette soignante, qui avait fait son entrée, lui avait posé des questions auxquelles elle ne savait pas répondre. De plus, quand elle a posé la perfusion à Amandine, celle-ci a eu « peur d'avoir mal », elle a bougé quand l'infirmière l'a piqué et ça l'a fait râler. Amandine n'a de ce fait pas compris les indications du traitement et a donc fait ce qu'elle pensait être bien car « faire pipi dans le bassin sur les WC c'est pas pratique », « de toute façon elle m'a envoyé promener alors je ne vois pas pourquoi moi je dois être sympa et faire ce qu'elle dit. »

Au travers de mon vécu professionnel, des récits qui m'ont été fait pendant les entretiens et qui confirment, sans faire de généralité, l'existence d'un réel problème de relations conflictuelles entre certains adolescents et les équipes soignantes. Je vais continuer mes investigations afin de déterminer, selon les soignants, ce qui pourrait être mis en place pour les éviter.

3 Les conflits adolescent/soignant :

²⁶ A l'écoute des jeunes. Fondation de France novembre 2003 n°3.p 2

Après avoir analysé les réponses que j'ai reçues lors des entretiens avec les infirmières et les psychologues, les réflexions se rejoignent dans ce sens ou :

- Pour les psychologues, l'adolescent en recherche d'identité, est en opposition avec l'adulte. Il est nécessaire de l'écouter. La prise de risque devrait être aborder « par petite touche », avec modération, pour éviter de faire monter les tensions et qu'elles ne se transforment en conflits.

L'idéal serait que le personnel soit davantage formé à la psychologie des adolescents. Il est important de donner à ces patients des informations précises, leurs donner la possibilité de parler de ce qu'ils ressentent. Il serait donc nécessaire que les soignants aient plus de temps à passer près d'eux. Quoi qu'il en soit, on ne maîtrisera jamais les effets inconscients des adolescents.

- Pour les infirmières, plusieurs propositions m'ont été faites.

Il faudrait d'après elles, s'adapter davantage au style de vie de l'adolescent, son langage, ses habitudes de vie, mais aussi être à son écoute.

Il faudrait aussi tenir compte de leur âge par rapport au voisin de chambre, essayer de les installer auprès d'un ado quand c'est possible, car ils ont des comportements différents avec un voisin du même âge, ils sont moins réfractaires.

La famille est importante, si elle est conciliante et présente, pour favoriser la communication avec les adolescents. Elles soulignent l'importance de ne pas se substituer aux parents.

Il est nécessaire de faire preuve d'autorité, notamment au niveau du respect de l'hygiène, surtout vis-à-vis des pansements. Mais aussi pour éviter les dérives, le copinage.

Toutes ces propositions me semblent applicables. Pourtant, j'ai pu constater que les adolescents étaient encore souvent jugés, sermonnés en rapport à leurs attitudes. Même si toutes les informations paramédicales sont données et bien expliquées par les infirmières, il manque parfois soutien et écoute à ces jeunes gens qui se trouvent confrontés à la maladie, séparés brutalement de leur famille et de leurs pairs pour se retrouver entourés uniquement d'adultes, dans un monde qui leur est totalement étranger.

Je pense que cette considération pourrait davantage apaiser les conflits avec les adolescents et je terminerai ma problématique par ma **question de recherche** :

« En quoi un accueil personnalisé des adolescents en service de soins généraux pourrait éviter les relations conflictuelles avec les soignants ? »

CADRE CONCEPTUEL

***« ACCUEIL DES
ADOLESCENTS
EN SOINS GENERAUX »***



« L'accueil à l'hôpital est primordial, cette arrivée est généralement accompagnée d'angoisse et si la personne ne se sent pas accueillie, la situation peut devenir vite conflictuelle²⁷ »

Afin de préciser ma question de recherche, j'aborderai à travers mon cadre conceptuel, l'accueil dans sa globalité et la relation qu'il peut avoir avec les relations conflictuelles entre adolescents et soignantes. Selon l'article R.4311-5 du décret N° 23004-802 du 24 juillet 2004²⁸, il est du rôle propre de l'infirmière d'accueillir le patient et son entourage. Plus précisément, l'item n° 40 indique que l'infirmière accomplit un entretien d'accueil privilégiant l'écoute de la personne avec orientation si nécessaire.

Le concept d'adolescence et de relations conflictuelles qui peuvent être engendrées à cet âge par la survenue d'une pathologie aigue, source d'angoisse, a déjà été élaboré dans ma problématique.

Je souhaite développer le concept d'accueil car il me paraît important, tant dans mon rôle de soignante qu'en matière d'hospitalisation. Il a pour but, d'établir une confiance mutuelle et sincère, qui aura un impact sur le bien être du patient mais aussi sur son rétablissement. Il posera de ce fait un sentiment de sécurité non négligeable.

Au 12^{ème} siècle, « acoillir » signifiait accompagner, être avec. Cette première définition a laissé au mot accueil, une connotation particulière, comportementale, qui englobe une façon d'être et un état d'esprit basés sur la disponibilité, l'attention à l'autre, l'acceptation mutuelle de ce que l'on est. L'accueil est un acte banal de la vie quotidienne. Chaque personne est en permanence sollicitée par des situations d'accueil.

Pour **P. BOURDIEU**, chaque milieu social transmet un « habitus », qui n'est autre qu'un code de pratiques sociales, assimilé par chaque individu. L'accueil est un des éléments de ce code. L'enfant ne reçoit pas d'enseignement spécifique, il intègre des rituels sociaux et culturels qui, en fonction des circonstances, lui permettront d'avoir une conduite adaptée dans des situations d'accueil²⁹.

²⁷ « Soins relationnels » revue soins n° 662-01/02/02

²⁸ JOURNAL OFFICIEL : www.legifrance.gouv.fr/imagesJOE/2004/0808/joe_20040808_0183_0050.pdf -

²⁹ Recherche en soins infirmiers N° 75 - décembre 2003

Accueil, définition : « manière de se comporter avec une personne à son arrivée, mais aussi, organisation sous-jacente qui permet d'assurer cet accueil et de préparer la personne à son séjour dans l'institution. Il s'agit de lui présenter les différents intervenant, de lui expliquer les fonctionnements, règles de la vie, ressources, etc., de l'établissement. Plus que l'admission, simple geste administratif, l'accueil est une mise en condition, les soignants doivent faire preuve de valeurs humanistes³⁰. »

Paul CAUCHARD nous rend attentifs au fait que «*Pour accueillir, il faut être conscient et vigilant.. . Le cerveau est /'organe de /'accueil... »*³¹. De par l'accueil commence la communication à autrui : c'est un moment de liaison, d'échange, une reconnaissance, et ce, quelle qu'en soit la durée. «*S'il faut savoir se taire et écouter, il faut aussi savoir parler, être soi-même, être vrai : /'accueil est un échange »*³².

FISCHER (1996) considère que le fait d'accueillir l'autre n'est pas une finalité en soi mais seulement la première phase, l'ouverture du lien social ; c'est ce dernier qui donne un sens à l'accueil. Cette phase ritualisée, voire protocolisée n'est pas sans conséquence sur la relation qu'elle inaugure.

Parler du concept d'accueil pour des professionnels de santé, revêt une toute autre dimension. Il ne s'agit plus de la vie courante, mais d'un champ phénoménal particulier, qui est celui des soins qu'ils soient hospitaliers ou extrahospitaliers. L'accueil devient alors un acte professionnel réfléchi, qui s'analyse, s'apprend, se développe dans une finalité de qualité des soins.

*«Un soin infirmier de qualité est celui qui témoigne d'une véritable attention particulière à la personne soignée et qui bénéficie d'un comportement, d'un geste, d'une technique, d'un propos... à la fois pertinent et sécurisant pour cette personne soignée»*³³.

*«Si l'accueil réciproque manque ou n'est pas bon, il en résulte un déséquilibre, une souffrance inconsciente, source d'angoisse, d'irritabilité»*³⁴. C'est à ce moment là que revêt toute l'importance d'être sensible à l'accueil de chacun, pour réajuster, dès le

³⁰ Dictionnaire encyclopédique des soins infirmiers. M potier. Edition LAMARRE.2002

³¹ CAUCHARD (P) « l'accueil: Psychologie et éducation cérébral de la réceptivité », Éd. Universitaires, 1971, p.16

³² Ibid p.15

³³ HESBEEN (W.) « un soin infirmier de qualité », in revue Soins Formation - Pédagogie - Encadrement, numéro 13, 1er trimestre 1995, p. 8

³⁴ CAUCHARD (P.), op. cit. p. 110

départ, un malentendu en faisant preuve de tolérance, d'écoute, de créativité, d'attention, de disponibilité, afin d'établir un climat de confiance et permettre un échange serein dont les bénéfices se développeront par la suite. L'accueil est un moment privilégié, particulier, unique, dont il faut favoriser le bon déroulement. Il est le préambule, l'antichambre à l'apparition des sentiments et opinions de chaque protagoniste, qui confirmera ou infirmera ceux qu'ils s'étaient imaginés à priori. L'accueil est le reflet d'un état d'esprit, d'une personne, d'une équipe, d'une institution. Il est à la portée de tous et pour que le bénéfice revienne à chacun... autant mieux donner pour mieux recevoir!³⁵

Selon **CAUCHARD**, la première phase d'accueil constitue la découverte entre deux individus, la seconde, à recevoir l'autre et à être acceptant. Si l'accueil est « mauvais », ce passe mal, il est source d'angoisse.

En terme de soins infirmiers, je me suis intéressée à la théorie de soin de **Mme Hildegarde PEPLAU**, qui a particulièrement développé l'accueil du patient. Cette pratique de soins est soutenue par l'intermédiaire du livre de **Mme Rosette POLETTI** «Les soins infirmiers : théories et concepts». L'accueil est une démarche tout d'abord relationnelle.

«La théorie de H. PEPLAU est essentiellement basée sur des concepts psychologiques. Elle est centrée sur des relations interpersonnelles. PEPLAU estime que les soins sont un processus éducatif, visant à un développement et une croissance. Elle a souligné l'importance capitale de la relation infirmière patient en tant qu'instrument de choix pouvant être à l'origine de la guérison ou au contraire de la détérioration du malade hospitalisé»³⁶.

Hildegarde PEPLAU, dans sa théorie de soin, définit quatre phases dans la relation avec le patient dont chacune est liée à des proportions variables :

- l'orientation : l'admission
- l'identification : la période intensive du traitement
- l'exploitation: la convalescence et la réadaptation
- la résolution : le départ de l'hôpital

Dans le cadre de cette recherche, je vais uniquement, m'attacher à explorer la phase

³⁵ VANDENBLUCKE C. Recherche en soins infirmiers n°57 juin 1999 –p 9

³⁶POLETTI (R.), « Les soins-infirmiers : théories et concepts », Éd. Centurion, infirmières d'aujourd'hui, 1978, p. 44

d'orientation, liée à la notion d'accueil.

Selon **H. PEPLAU**, la première, dite étape « d'orientation » est la période au cours de laquelle le patient identifie à la fois son problème de santé et les personnes ressources qu'il peut mettre à contribution pour gérer ce problème. C'est durant cette phase qu'elle suggère la mise en place de quatre types de rôles infirmiers :

- Personne ressource : elle donne au patient les informations nécessaires à la compréhension de son problème et de sa nouvelle situation
- Conseillère, assistante psychosociale : elle écoute le patient s'exprimer sur ses sentiments nés des événements liés à sa maladie
- Substitut dans certaines occasions : maternel, paternel, ou fraternel par exemple.
- Expert technique : elle sait manipuler différents appareils dans l'intérêt du patient.

L'orientation est essentielle à la pleine participation du patient et à l'intégration complète de l'évènement maladie dans le cours de ses expériences de vie. C'est la seule prévention contre le refoulement ou la dissociation de l'évènement. Car si le patient nie sa maladie ou cherche à ignorer certains aspects de sa situation afin de la rendre plus confortable, cela complique les choses. Tout patient a besoin d'être aidé à utiliser de façon positive l'énergie née des tensions et de l'anxiété associées aux besoins ressentis pour définir et comprendre son problème et y faire face³⁷.

Selon **Corinne VANDENBLUCKE**³⁸, l'accueil est un soin à part entière qui a toute son importance et doit conserver sa place, son contenu, et ceci, malgré la charge de travail, l'action que l'on doit interrompre ou que l'on a prévue. Le temps d'attente du patient, le temps consacré à l'accueil, ne doivent pas être source de mécontentement, mais de participation à l'activité du service qui reçoit le patient, parce qu'il a été informé de la situation. De ce fait, nous revenons à l'aspect d'échange mutuel, de compréhension réciproque mais dont le seul support est la communication, action à priori non prise en compte dans l'image publique de « l'infirmière qui fait des piqûres! » et dont pourtant elle doit sans cesse se servir pour, entre autre, apporter son soin et en obtenir le meilleur résultat.

C'est en tenant compte des besoins du patient que l'infirmière présentera les

³⁷ Hildegard E. Peplau – « Relations Interpersonnelles en Soins Infirmiers » (1952) -Extraits

³⁸ Recherche en soins infirmiers N° 57 -Juin 1999

étapes de l'hospitalisation, selon les craintes, les désirs spécifiques de celui-ci lui démontrant l'importance de son opinion, les contraintes liées à l'institution et l'effort fourni par chaque équipe de soins, pour que cette expérience soit pour lui la moins traumatisante possible et acceptée au mieux, malgré la peur et l'anxiété. L'accueil du patient par l'infirmière est une étape importante du déroulement de l'hospitalisation.

Elle suggère que l'accueil pourrait se dérouler en huit phases :

- une phase préliminaire pour préparer l'arrivée du patient
- une phase de présentation nécessaire pour établir un début d'échanges, d'observation et d'écoute tout en tenant compte des personnes accompagnantes.
- Une phase d'accompagnement qui a pour but de guider le patient dans sa chambre et de lui présenter les locaux
- Une phase de recueil de données visant à rechercher les besoins fondamentaux perturbés selon la théorie de soins de Virginia Henderson par exemple.
- Une phase d'enseignement permettant d'informer le patient du déroulement des soins pré et post-opératoires mais aussi du règlement intérieur de l'établissement
- Une phase d'écoute qui allie intégration des informations et reformulation des explications au patient et à l'entourage tout en veillant à recadrer ce dernier s'il devient trop envahissant au détriment du patient.
- Une phase d'assimilation qui permet au patient de s'installer, d'assimiler les informations reçues et de s'imprégner de l'atmosphère
- Une phase de transition où débutent les soins techniques de l'infirmière.

«Accueillir c'est recevoir. Il s'agit donc de voir et d'écouter de savoir se taire, de sortir de soi-même, y compris de son altruisme égoïste visant à donner de «bons conseils» et à se mettre à la place de quelqu'un qu'on ne connaît pas et qui ne nous demande inconsciemment que d'être là, une oreille attentive, un sourire³⁹»

Communiquer, c'est d'abord accueillir. En résumé, lors de l'accueil à l'hôpital, la communication permet :

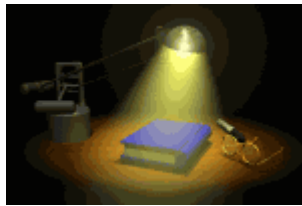
³⁹ CAUCHARD (P.), op. cit. p. 114

- la découverte du ressenti, de la compréhension, des attentes du patient, de sa personnalité avant la présence de la douleur, de la dépendance, du handicap.

- d'établir une relation interpersonnelle et interactive dont le but est d'obtenir la confiance et de répondre au besoin de sécurité. C'est un entretien personnalisé, individualisé, dirigé mais pas directif où l'adaptation, le réajustement du comportement de l'infirmière, du patient au contexte, doivent s'établir de manière harmonieuse. Dès les premières secondes, la tenue, le sourire, le geste, le regard, montreront la disponibilité à recevoir. Puis les mots, la politesse, la gentillesse, la discrétion, l'écoute, l'expression orale claire et compréhensible, le contrôle de ses réactions, l'attention, l'anticipation seront des indices, des qualités instinctivement perçues par le patient. L'accueil du patient par l'infirmière permet de faciliter son intégration, de le guider, de le rassurer dans son nouveau cadre de vie, son nouveau statut social. Lors de l'accueil, notre image corporelle sera notre première expression, notre premier geste. Puis viendront les mots, qui montreront notre manière de recevoir. Pour le patient, c'est le premier test et donc la première évaluation de l'infirmière, de l'équipe soignante, du service, de l'hôpital.

En conclusion de ce cadre conceptuel, l'infirmière, au même titre que tout le personnel de l'équipe quelle que soit sa fonction, doit percevoir la détresse, la gêne, le désarroi des adolescents hospitalisés et les accueillir dans leur globalité grâce à un entretien d'accueil et une communication adaptée. Ces derniers sont en effet en quête d'écoute, de dialogue et de cadre d'où l'importance d'un accueil réussi pour permettre d'améliorer la relation soignant/soigné dès leur entrée à l'hôpital mais aussi d'établir une relation de confiance indispensable à la prise en charge ultérieure de la personne.

CONCLUSION



Je conclurai ce travail de fin d'études par le fait que, l'hospitalisation pour une pathologie aigue, n'est pas toujours évidente pour un adulte mais qu'elle l'est encore moins pour un adolescent, notamment lorsqu'il perd brusquement tous ces points de repères, tant familiaux qu'amicaux et qu'il se retrouve seul face à la réalité du monde médical.

Mes recherches et entretiens, m'ont permis de comprendre pourquoi il arrivait qu'apparaissent des conflits entre les soignants et les adolescents pendant l'hospitalisation, pourquoi l'adolescence est une période difficile de la vie de chacun qui cependant passera sans difficultés pour certain ou de manière plus mouvementée pour d'autre.

Il me semble important, en qualité de future infirmière en soins généraux, susceptible d'accueillir des adolescents de 15 à 18 ans, d'être davantage formée à la prise en charge de ces patients afin d'éviter de voir apparaître des conflits ou des conduites à risques qui pourraient entraver les soins.

Je pense que le temps de l'accueil en service de soins généraux doit être un moment primordial qui permettra à l'adolescent de se sentir considéré avec respect, comme une personne adulte et responsable. C'est à mon avis l'instant privilégié de la prise en charge du patient qui va permettre l'ouverture à un dialogue, la reconnaissance du vécu de la personne soignée mais surtout, qui va contribuer à l'installation d'une relation de confiance. Ainsi, cette prise en charge apportera, sans la supprimer totalement, une diminution de l'anxiété entraînant avec elle une diminution de l'agressivité et des conflits. Ce travail m'a permis de prendre conscience de l'importance de la communication dans l'hospitalisation d'un patient. Cela m'a aussi donné l'occasion d'approfondir un sujet qui me tenait à cœur et d'en avoir une vision théorique et pratique. Ainsi, il va me permettre d'améliorer ma pratique soignante dans sa globalité.

Prendre le temps de communiquer avec les adolescents comme nous prenons le temps de les soigner permettrait-il de faire diminuer l'apparition de conduites à risque dans les soins ?

LEXIQUE



Angoisse de castration :

- L'angoisse de castration est une angoisse imaginaire liée à la découverte de la différence des sexes (perçue comme un manque de l'organe mâle) et liée au fantasme de la scène primitive où l'Enfant perçoit qu'il n'est pas l'unique Objet d'amour de la Mère.
- Chez le petit garçon, cette angoisse sera facteur de résolution du complexe d'Oedipe. Le Père étant perçu comme le castrateur doté de toute puissance et empêchant l'accès à la Mère.
- Chez la petite fille, cette angoisse d'incomplétude la tournera vers le Père comme détenteur de la toute puissance afin de lui demander un substitut du pénis manquant: un Enfant imaginaire.
- L'attitude du jeune sujet relative à la possession du pénis et à son absence comme résultat d'une ablation doit être dépassée pour parvenir à la normalité sexuelle⁴⁰.

Ascétisme :

Mécanisme de défense qui permet de mieux contrôler les pulsions au niveau du corps. Il s'agit d'adolescent qui s'imposent des tâches ou des restrictions physiques : nombre quotidien de km, braver les intempéries, s'interdire telle nourriture, refuser toute satisfaction ou tout plaisir corporel.

Intellectualisation :

Mécanisme de défense qui permet de mieux contrôler les pulsions au niveau de la pensée. On parle aussi d'intellectualisation, dont le but est de maîtriser en mettant à distance les affects. C'est jouer avec les mots et les idées pour mettre de côté les pulsions. Il s'agit d'adolescents qui passent des heures en discussion, en reconstruction du monde, avec parfois des adhésions massives, immédiates, sans nuance, à des théories philosophiques ou politiques.⁴¹

Moi :

C'est la partie de la personnalité la plus consciente, en contact avec la réalité

⁴⁰ Formation en psychiatrie infirmière <http://psychiatriinfirmiere.free.fr/infirmiere/formation/psychologie/lexique/stade-phallique.htm>

⁴¹ Ibid.

extérieure. Le Moi s'efforce de faire régner l'influence du monde extérieur sur le ça. Soumis au principe de réalité, il a un rôle de régulateur et de médiateur. Ses opérations sont inconscientes (mécanismes de défense). Il est issu du ça confronté à la réalité extérieure et se forme à partir d'identifications et de gratifications successives. Le refoulement par exemple, est un des mécanismes de défense du Moi. Il se manifeste lorsque le désir et les pulsions ne peuvent être acceptés et doivent être dérivés de leur Objet⁴².

Morcellement :

Au tout début d'une construction psychique chez l'Enfant, il y a morcellement du corps: "*ma bouche se fait plaisir*", "*mon ventre se fait plaisir*", puis après que l'unité corporelle se soit réalisée naît le narcissisme primaire, Objet d'amour où converge l'intérêt de l'Enfant. Vient ensuite le narcissisme secondaire: "*j'aime l'Autre pour qu'il ou elle, ou à condition qu'il ou elle m'aime*"⁴³.

Ostéosynthèse :

Réparation d'un foyer de fracture à l'aide de clous, boulons, vis, fils ou plaques métalliques etc., qu'on abandonne au milieu de tissus, ou que l'on retire après un certain temps.⁴⁴

Pulsions libidinales :

Représentants psychiques des fantasmes relatifs aux bons objets.⁴⁵

⁴² Ibid.

⁴³ Ibid.

⁴⁴ Garnier Delamarre Dictionnaire illustré des termes de médecine 28^{ème} édition ; Edition Maloine Paris 2004 p.634

⁴⁵ Selon Mélanie Klein

ANNEXES



QUESTIONS AUX IDE

1/ Depuis combien de temps travaillez vous ?

2/ Quel est votre âge ?

3/ Avez-vous des enfants ?
Des adolescents ?

4/ Votre service accueille-t-il des adolescents de 15 à 18 ans pour des affections aiguës ?

5/ Y a-t-il une différence de prise en charge avec une personne adulte ?

Si oui laquelle, décrivez là

6/ Décrivez les relations avec ces jeunes patients, comment les avez-vous vécues ou ressenties ?

7/ Selon vous, quelles en sont les causes ?

Pouvez-vous expliquer les causes de ces comportements ?

8/ Ont-elles entravé les soins aux patients ?

Si oui, de quelle manière ?

9/ Selon vous, que pourrait être mis en place pour améliorer ces relations ?

OBJECTIFS PERSONNELS

1/ Objectif global :

Mettre en avant par des témoignages infirmiers, la prise en charge des adolescents de 15 à 18 ans en soins généraux.

2/ Objectifs intermédiaires :

- Identifier si l'âge et l'expérience du personnel soignant ont un impact sur l'hospitalisation des adolescents
- Identifier si l'observation et l'écoute lors du premier contact sont réalisées.
- Identifier comment la présentation des lieux et l'accompagnement en chambre se déroulent.
- Identifier les relations des infirmières avec les adolescents

- Identifier les causes d'apparition de conflits ainsi que leurs conséquences.

QUESTIONS à Mme AUBERTIN et Mme SCHABOWSKI

1/ Quel est le développement psychologique des adolescents de 15 à 18 ans ?

- pour les filles :

- pour les garçons :

2/ Quel regard ont les adolescents de cet âge vis-à-vis des adultes ?

3/ Y a-t-il une différence de comportement des adolescents selon leur milieu socioculturel et/ou leur niveau d'étude ?

Si oui pourquoi ?

4/ Comment ces adolescents peuvent-ils gérer l'éducation aux soins qui peut leur être apporté ou des difficultés liées à une pathologie ?

5/ Comment l'adulte peut-il aborder l'adolescent quand une relation conflictuelle est sous-jacente ?

OBJECTIFS PERSONNELS

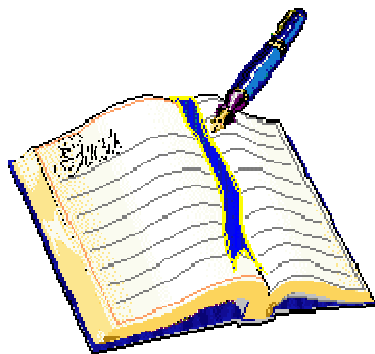
1/ Objectif global :

Approfondir mes connaissances sur le développement psychologique des adolescents de 15 à 18 ans.

2/ Objectifs intermédiaires :

- Identifier les relations sociales entre adultes et adolescents
- Identifier les différences de comportements entre filles et garçons
- Identifier les rapports aux soins et aux pathologies aiguës avec les adolescents, filles et garçons

BIBLIOGRAPHIE



LIVRES :

- **CAUCHARD** (P) « l'accueil: Psychologie et éducation cérébral de la réceptivité », Éd. Universitaires, 1971
- **Dictionnaire** encyclopédique des soins infirmiers. M potier. Edition LAMARRE.2002
- **DOLTO** Françoise « La cause des adolescents », Ed. Pocket, 2003
- **Florin**, A. Introduction à la psychologie du développement : enfance et adolescence. Dunod, Les Topos. (2003).
- **Garnier Delamare**. Dictionnaire illustré des termes de médecine. 28^{ème} édition. Maloine ; 2004
- **Haut Comité de la Santé Publique**. La souffrance psychique des adolescents et des jeunes adultes. ENPS février 2000
- **HESBEEN** (W.) « un soin infirmier de qualité », in revue Soins Formation - Pédagogie - Encadrement, numéro 13, 1er trimestre 1995
- **POLETTI** (R.), « Les soins-infirmiers : théories et concepts », Éd. Centurion, infirmières d'aujourd'hui, 1978
- **THIERCE** Agnès « Histoire de l'adolescence » (1850-1914) Belin, 1999

SITES INTERNET :

- <http://www.web.ordre.medecin.fr/rapport/pediatrie.pdf>
- www.univrouen.fr/servlet/com.univ.utils.LectureFichierJoint
- www.gfrup.com/texte_officiel/snpeh_sros_pediatrie_circulaire.pdf
- [www.cairn.info/load_pdf.php?ID_REVUE=EP&ID_NUMPUBLIE=EP_018 &ID_ARTICLE=EP_018_0077](http://www.cairn.info/load_pdf.php?ID_REVUE=EP&ID_NUMPUBLIE=EP_018&ID_ARTICLE=EP_018_0077)
- www.legifrance.gouv.fr/imagesJOE/2004/0808/joe_20040808_0183_0050.pdf
- <http://psychiatriinfirmiere.free.fr/infirmiere/formation.htm>
- www.sideralsante.fr/bibliotheque/peplau.pdf
- http://eduscol.education.fr/D0126/prevention_violence.pdf

REVUES :

- Enfance et Psy. Questions d'autorité. Numéro 22 - Revue trimestrielle. 2003
- Fondation de France. l'écoute des jeunes. novembre 2003 n°3
- Infirmière Magazine. Soigner l'adolescent atteint de maladie grave en service d'adulte, Brigitte Yelnik, infirmière. Supplément 211. 2005.
- Journal L'express Entretien « ados-adultes –comment se supporter » - 22/11/2004
- Recherche en soins infirmiers n°57 juin 1999 Publication ARSI Edition Mallet
- Recherche en soins infirmiers n°75 juin 1999 Publication ARSI Edition Mallet
- Revue soins « soins relationnels » n° 662-01/02/02