

Mémoire de fin d'études

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

Soignant adolescent/patient adolescent : quand l'âge s'en mêle !

Note aux lecteurs :

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

Remerciements

Je remercie toutes les personnes qui, de près ou de loin, ont participé à l'élaboration de ce mémoire ;

Mme Leblanc, ma directrice de mémoire, pour m'avoir soutenue durant toute cette année, guidée et donnée de précieux conseils. Ainsi que pour sa disponibilité et son écoute lors de mes doutes ;

Les documentalistes du centre documentaire de l'hôpital d'Argenteuil pour leur efficacité et l'aide qu'elles m'ont apportées lors de mes recherches ;

Toute ma famille, particulièrement mes parents et ma sœur Lauriane pour leur présence tout au long de ces trois années d'études ; leur patience, leur écoute, leur réconfort, leur soutien moral. Notamment ma mère, pour son aide précieuse de relecture de ce travail et ses critiques ;

Estelle, Emilie, mes collègues de promotion pour les moments de stress et de joie vécus ensembles. Sans oublier, Nolwenn, Margot, Mathilde, Chloé, Paul, Jeanne et les autres pour leur amitié et leur confiance depuis de nombreuses années ;

Mégane, pour le partage de cette belle dernière année de formation, son soutien sans faille pour la réalisation de mon projet professionnelle et les moments que nous avons partagés ;

Bien entendu ma famille de cœur, particulièrement Andreia et mon compagnon Guirec, m'ayant supportée et soutenue lors de mes choix, le partage de bons et mauvais moments qui ne sont pas prêts de s'arrêter... ;

Les étudiantes ayant accepté de participer à mes entretiens pour leur gentillesse, leur efficacité et leur disponibilité ;

Et pour terminer, les professionnels de santé rencontrés lors de mes stages, m'ayant permis de progresser dans ma pratique professionnelle ;

Glossaire

DGOS : Direction générale de l'offre de soins

DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

ESI : Etudiant en soins infirmiers

GRIEPS : Organisme de formation et de conseil pour les professionnels de santé salariés et libéraux.

HAS : Haute autorité de santé

IDE : Infirmier diplômé d'état

IFSI : Institut de formation en soins infirmiers

INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques

OMS : Organisation mondiale de la santé

Sommaire

Introduction	1
1 Note de recherche	2
1.1 Situation d'appel.....	2
1.1.1 Description de la situation.....	2
1.1.2 Questionnement.....	3
1.2 Cheminement vers la question de départ.....	4
1.2.1 Analyse de la situation souhaitée et de la situation attendue	4
1.2.2 Identification du problème	6
1.2.3 Généralisation du problème	6
1.2.4 Formulation de l'objectif de recherche et de la question de départ.....	8
1.3 Phase exploratoire envisagée.....	8
1.3.1 Recherche documentaire envisagée.....	8
1.3.2 Enquête exploratoire envisagée	10
2 Phase exploratoire.....	11
2.1 Cadre de référence.....	11
2.1.1 Des acteurs en construction	11
2.1.1.1 L'adolescent : de l'enfance à l'adulte.....	11
2.1.1.1.1 Une période difficile.....	11
2.1.1.1.1.1 Adolescence ou adolescent : quelle différence ?	11
2.1.1.1.1.2 Processus de l'adolescence	12
2.1.1.1.1.3 Les conduites à risque	13
2.1.1.1.2 La maladie chronique psychiatrique : un bouleversement psychique	14
2.1.1.2 Etre étudiant et finir son adolescence	15
2.1.1.2.1 Un novice face à sa construction identitaire.....	15
2.1.1.2.2 L'âge de l'étudiant : un obstacle ?.....	16
2.1.1.3 Vulnérabilité : le lien entre ces acteurs.....	17
2.1.2 Maladie chronique psychiatrique à l'adolescence : la difficulté du lien soignant/soigné 18	
2.1.2.1 De la relation de confiance à l'alliance thérapeutique	18
2.1.2.1.1 Notion de confiance	18
2.1.2.1.2 L'alliance thérapeutique, objectif soignant.....	19
2.1.2.2 Attitudes et outils relationnels mis à l'épreuve de cette relation.....	19
2.1.2.2.1 Entre distance « défensive » et distance « juste »	20
2.1.2.2.2 La communication verbale et non verbale.....	21
2.1.2.2.3 Tutoiement et vouvoiement : quel impact sur la relation ?.....	22
2.1.2.2.4 De l'empathie à la sympathie.....	24
2.1.2.3 Etre soignant face à la souffrance de l'autre	25
2.1.2.3.1 Gestions des émotions.....	25
2.1.2.3.2 Entre stratégies de mises à distance et mécanismes de défense	25
2.2 Enquête exploratoire	26
2.2.1 Méthode	26
2.2.1.1 Objectif	26
2.2.1.2 Choix de l'outil et des acteurs.....	27

2.2.1.3	Déroulement des entretiens	27
2.2.1.4	Limites et biais	28
2.2.2	Analyse.....	28
2.2.2.1	Analyse descriptive	28
2.2.2.1.1	Entre tutoiement et vouvoiement	28
2.2.2.1.1.1	En pédiatrie	28
2.2.2.1.1.2	En psychiatrie	28
2.2.2.1.2	Adapter sa posture professionnelle de futur soignant	29
2.2.2.1.3	Etudiants infirmiers face aux adolescents : un manque de connaissances ?	29
2.2.2.1.4	Un impact sur la relation de confiance ?	30
2.2.2.2	Analyse interprétative.....	30
2.2.2.2.1	La psychiatrie : des enjeux pour la relation soignant/soigné.....	30
2.2.2.2.2	En pédiatrie, une relation soignant/soigné différente.....	32
2.2.2.2.3	Les adolescents en service d'adultes : entre enfant et adulte	33
2.2.2.2.4	La proximité d'âge : un avantage ?	34
2.2.2.2.5	La proximité d'âge : un inconvénient ?	34
2.2.2.3	Analyse critique de l'enquête	35
3	Problématique.....	36
4	Question/Hypothèse de recherche	39
	Conclusion	40
	Bibliographie	42
	Annexe I : Guide d'entretien	46
	Annexe II : Verbatim de l'entretien n°1 avec l'ESI 1	47
	Annexe III : Verbatim de l'entretien n°2 avec l'ESI 2	50
	Annexe IV : Verbatim de l'entretien n°3 avec l'ESI 3.....	53

Introduction

Etudiante infirmière de troisième année, je dois réaliser un travail de fin d'études. Pour cela, je suis partie de mes expériences vécues en stage. En effet, il m'est arrivé d'être confrontée à des situations qui m'ont mises en difficulté et j'ai donc voulu m'interroger sur ma pratique professionnelle. Je pense que c'est en rencontrant des situations qui nous interpellent, que nous créons notre identité professionnelle. De plus, notre crédibilité en tant que futur soignant peut être mise à l'épreuve, particulièrement lorsque nous nous retrouvons confrontés à des adolescents d'un âge similaire, en milieu psychiatrique. Lors de ce cas particulier, j'ai cherché à conserver une juste distance professionnelle entre soignant et soigné afin de pouvoir effectuer au mieux leurs soins. Cependant, c'est une notion abstraite qui m'a posée question.

Nous savons que l'étudiant doit faire ses preuves auprès de l'équipe soignante qui les encadre, c'est pourquoi j'ai également choisi ce sujet. Au cours de sa carrière professionnelle, l'IDE¹ est potentiellement amenée à encadrer des ESI. Pouvoir lire des travaux les concernant, permet de mettre en lumière les difficultés qu'ils rencontrent, afin d'améliorer son encadrement.

Pour réaliser la première partie de mon travail, intitulée note de recherche, j'exposerai tout d'abord ma situation d'appel et le questionnement qui en a découlé. Puis, dans un second temps, je détaillerai mon cheminement vers ma question de départ. Dans la continuité, j'exposerai ce que j'envisage pour ma phase exploratoire. Dans la seconde partie de mon travail, nommée phase exploratoire, je rédigerai tout d'abord le cadre conceptuel qui me permettra dans un deuxième temps de mener une enquête exploratoire « sur le terrain », afin de confronter la théorie avec les pratiques professionnelles. Je proposerai dans ma troisième partie, le cheminement de ma question de départ jusqu'à ma question de recherche. La dernière partie sera axée sur la rédaction de mon hypothèse de recherche. Et pour finir, je terminerai en élaborant la conclusion de toute cette étude, ce qui me permettra de présenter les bénéfices que j'ai tiré de ce travail.

¹ Lire « infirmière » dans l'ensemble du texte (seulement 13% des infirmiers sont des Hommes)

1 Note de recherche

1.1 Situation d'appel

1.1.1 Description de la situation

Etudiante infirmière au quatrième semestre de ma formation, j'effectue mon dernier stage de cinq semaines dans une Clinique Médico Psychologique. Dans ce service, nous ne portons pas de blouse, mais nos habits « civils ». Les patients sont des adolescents de 15 à 23 ans en contrat soins-études. J'arrive sur mon lieu de stage un peu inquiète. Je ne sais pas vraiment à quoi m'attendre, puisque je n'ai jamais fait de stage en psychiatrie. J'entame mon premier jour de stage. Je suis accueillie par une IDE expérimentée, présente dans le service depuis 5 ans, qui sera une de mes tutrices, et par la Cadre de santé du service. Elles me demandent de ne pas consulter les dossiers des patients pendant un peu plus d'une semaine afin de pouvoir apprendre à les connaître sans appréhension et sans préjugés. Je dois également les vouvoyer. Une fois toutes les modalités expliquées, je monte dans le service en suivant ma tutrice. Cette-dernière m'explique que c'est un service avec une organisation complètement différente et qu'il va falloir que je me laisse « porter » par les soignants durant la première semaine. Elle me fait visiter le service, puis nous rentrons dans le poste de soins infirmier, où elle m'invite à m'asseoir. Une autre infirmière est déjà présente. J'appréhende le contact avec les adolescents en psychiatrie. Lors de mon deuxième stage de première année à l'unité d'hospitalisation de courte durée, j'ai eu l'occasion de m'occuper d'un patient adolescent présentant une décompensation de sa schizophrénie. Sa violence physique et verbale envers lui-même et les soignants, m'avait particulièrement marqué. J'avais peur de ne pouvoir lier de contact avec eux du fait de leur pathologie.

Quelques minutes plus tard, un patient rentre. Il me regarde d'un air curieux et se présente immédiatement : *« je ne vous connais pas vous, je viens me présenter. Je m'appelle Louis et je suis un des patients du service »*. Afin de faire connaissance, je me présente à mon tour un peu hésitante en disant que je me prénomme Aline et que je suis étudiante infirmière. A ce moment, je ne sais pas trop ce que je peux dire, ni les questions auxquelles je peux répondre. J'apprends par la suite, après un recueil de données lors d'un entretien informel avec le patient, que c'est un jeune homme de 23 ans. Il est entré dans l'établissement il y a deux ans pour dépression et dans le but d'une autonomisation. La séparation avec ses parents fut

difficile lors de son arrivée. Ce qui demande une attention particulière et de la patience de la part des soignants.

Après le départ de Louis, je décide de parler à l'infirmière de mes difficultés rencontrées lors de ce premier contact. Elle m'encourage à poursuivre dans cette voie. Elle me conseille de donner mon prénom, mon statut (étudiante), éventuellement mon âge et mon année de formation, si je le souhaite.

1.1.2 Questionnement

De cette situation m'est parvenu un questionnement. Tout d'abord **concernant l'ESI**. Comment l'ESI peut-il créer une alliance thérapeutique avec un patient en pédopsychiatrie ? Le vouvoiement favorise-t-il la distance thérapeutique avec l'adolescent ? Le tutoiement peut-il induire plus facilement une relation de confiance chez le patient en pédopsychiatrie ? L'étudiant peut-il avoir la même relation de confiance que l'IDE et le patient ? Qu'est-ce que la « juste » distance professionnelle ? Comment adapter cette fameuse « juste » distance lorsque l'on est un jeune étudiant donc novice, face au patient ? Face à un adolescent en psychiatrie ?

Est-ce plus compliqué pour un étudiant de trouver sa place auprès des patients en pédopsychiatrie ? Ai-je pensé que ma réponse lors de cette situation, allait pouvoir me décrédibiliser en tant que future soignante ? L'expérience professionnelle de l'ESI permet-elle d'apprendre à connaître ses patients sans préjugés ? Ne pas consulter les dossiers ne peut-il pas nuire à la prise en charge du jeune patient en pédopsychiatrie ? Quel rôle le port de la tenue professionnelle joue-t-il dans la confiance en soi de l'étudiant ? La blouse permet-elle de mettre une distance professionnelle entre l'ESI en quête de son identité professionnelle et l'adolescent en psychiatrie ?

En quoi l'âge du patient peut-il être une difficulté pour l'ESI ? En quoi l'âge de patient peut-il être facilitant pour l'ESI ? Comment ne pas « sympathiser » avec des patients du même âge ? En psychiatrie ? Aurais-je autant eu d'appréhension avant mon arrivée en stage si j'avais été confrontée à des adultes en psychiatrie ?

D'un point de vue **du patient**, des questions peuvent émaner. En quoi l'âge de l'ESI peut-il mener l'adolescent à davantage se confier ? Ou au contraire, à ne pas réussir à s'exprimer ? Comment accepter l'arrivée d'un nouvel étudiant ? En quoi l'arrivée d'un

étudiant peut-elle être bénéfique pour le patient ? En quoi une « mauvaise » distance professionnelle avec un soignant peut-elle être nuisible pour lui ? Le patient peut-il prendre au sérieux et considérer l'ESI comme un soignant à part entière ? Une alliance thérapeutique peut-elle se créer avec un étudiant en stage pour seulement 5 semaines ? Le patient ne peut-il pas douter d'une relation de sincérité entre ESI et soigné, puisque celle-ci n'est que temporaire ?

Si nous nous plaçons du côté de l'**IDE/tuteur**, nous pouvons nous demander en quoi la tutrice a-t-elle eu une posture aidante ? L'expérience professionnelle est-elle un facteur favorisant l'alliance thérapeutique avec un patient en pédopsychiatrie ? En quoi la relation soignant/soigné peut-elle être assimilée à une relation dominant/dominé ? En quoi les personnes ressources peuvent-elles être aidantes pour l'ESI dans la création de sa posture professionnelle ?

Des mots-clefs peuvent être identifiés au travers de ce questionnaire. Nous pouvons parler de posture professionnelle, de relation soignant/soigné (en service général et en psychiatrie), de distance professionnelle, d'identité professionnelle. Mais aussi d'adolescence, d'étudiant, de vouvoiement, de confiance et d'alliance thérapeutique en pédopsychiatrie.

1.2 Cheminement vers la question de départ

1.2.1 Analyse de la situation souhaitée et de la situation attendue

Suite à ce questionnaire, j'ai choisi comme axe la « juste » distance professionnelle avec l'adolescent en psychiatrie. Mon acteur principal, sera l'étudiant. Nous pouvons dès à présent, analyser les variables de la situation qui concernent la pratique infirmière, à savoir, le relationnel et la distance professionnelle chez un étudiant en soins infirmiers.

J'ai voulu restreindre cet axe à la psychiatrie de l'adolescent car elle comporte une spécificité de prise en charge. En effet, il existe « *une recrudescence d'une psychopathologie plus bruyante, violente, parfois dépressive ou maniaque, persécutive, délirante au début de l'adolescence* »². Le contact avec ces adolescents et la relation soignant/soigné peuvent donc être différents à cause de leurs pathologies. C'est pourquoi je trouve qu'il y a un intérêt à analyser cette particularité.

² MAZET, Philippe. 2004. P.9

Selon les règles professionnelles infirmières, « *l'exercice de la profession d'infirmier est permis [...] aux étudiants préparant le diplôme d'état pendant la durée de leur scolarité, mais seulement dans les établissements [...] agréés pour l'accomplissement des stages.* »³. Ces derniers vont lui permettre d'affiner son expérience professionnelle et ainsi lui permettre d'élaborer son identité infirmière. L'étudiant pouvant accomplir, les actes et activités infirmiers, il va pouvoir acquérir les compétences nécessaires tout au long de la construction de son expérience professionnelle. En effet, le référentiel de formation précise que « *l'étudiant est amené à devenir un praticien autonome, responsable et réflexif, c'est à dire un professionnel capable d'analyser toute situation de santé, de prendre des décisions dans les limites de son rôle et de mener des interventions seul et en équipe pluri professionnelle. [...] L'étudiant développe des ressources en savoir théoriques et méthodologiques, en habilités gestuelles et en capacités relationnelles. [...] L'étudiant apprend à reconnaître ses émotions et à les utiliser avec la distance professionnelle qui s'impose* »⁴. Ceci met en évidence que l'apprentissage est au cœur du dispositif de formation.

Si nous recherchons plus particulièrement le côté relationnel du métier, nous trouvons que l'infirmier diplômé se doit d'avoir des relations de qualité avec ses patients. L'exercice de la profession indique que « *les soins infirmiers, préventifs, curatifs ou palliatifs, intègrent qualité techniques et qualité des relations avec le malade : [...] de protéger, maintenir, restaurer et promouvoir la santé physique et mentale des personnes ou l'autonomie de leurs fonctions vitales ou psychiques en vue de favoriser leur maintien, leur insertion ou leur réinsertion dans leur cadre de vie familial ou social* »⁵. Le côté relationnel tient une place prépondérante dans le métier d'infirmier. La compétence 6⁶ du référentiel de formation est axée sur cet aspect : « *communiquer et conduire une relation dans un contexte de soins* ». L'infirmière doit entre autre, « *accueillir et écouter une personne en situation de demande de santé ou de soin en prenant compte son histoire de vie et son contexte* ». « *L'aide et le soutien psychologique* »⁷ sont des actes qu'elle est habilitée à faire au travers de son rôle propre. Elle est également amenée à conduire un « *entretien individuel et utilisation au sein d'une équipe*

³ Code de la santé publique. Article R4311-12.

⁴ Ministère des affaires sociales et de la santé. Août 2009. P. 275.

⁵ Code de la santé publique. Article R4311-2.

⁶ Ministère des affaires sociales et de la santé. Août 2009. P. 271.

⁷ Code de la santé publique. Article R4311-5.

pluridisciplinaire de médiation à visée thérapeutique ou psychothérapeutique »⁸. Ceci doit être réalisé « *en application d'une prescription médicale qui, sauf urgence, est écrite, qualitative et quantitative, datée et signée [...]* »⁹. Toutes ces qualités, compétences et actes font partis du métier et s'apprennent.

1.2.2 Identification du problème

Au travers de cette situation attendue, nous pouvons dégager un problème :

La difficulté pour l'ESI de jeune âge, d'adopter une distance professionnelle adaptée avec des adolescents en psychiatrie.

1.2.3 Généralisation du problème

D'après l'INSEE, la population totale française en 2016 dépasse les 66 millions, comprenant plus de 16 millions de personnes ayant moins de 20 ans¹⁰. En 2015, nous dénombrons plus de 12,5 millions d'hospitalisations, dont 2 millions concernaient des patients de moins de 18 ans, tous services confondus¹¹. Les hospitalisations en psychiatrie représentent 419 000 patients, réparties dans 569 structures psychiatriques¹¹. 46 000 patients ont moins de 18 ans et sont répartis entre autres, dans 320 secteurs de psychiatrie infanto-juvénile¹¹. Nous observons que les adolescents représentent une population importante, que ce soit dans les services de médecine générale ou particulièrement en psychiatrie. Les services pédiatriques étant déjà surchargés, certains adolescents se retrouvent parmi les adultes dans des services de médecine générale. « *Le problème de la qualité de [leur] prise en charge [...] est une préoccupation des personnels hospitaliers. Qu'ils soient reçus en service de pédiatrie ou en service pour les adultes, leur prise en charge s'est toujours avérée difficile* »¹². En effet, la cohabitation peut être compliquée en pédiatrie entre grands enfants et adolescents à cause de leurs rythmes différents. Il est donc difficile de contenir les débordements. Cependant, le regroupement d'adolescents dans des services qui leur sont dédiés, peut rendre compliquée la prise en charge du service par le personnel soignant. En effet, il faut prendre en compte leur comportement à la fois adulte et enfant.

⁸ Code de la santé publique. Article R4311-7.

⁹ Code de la santé publique. Article R4311-7.

¹⁰ INSEE, 2015.

¹¹ AGENCE TECHNIQUE DE L'INFORMATION SUR L'HOSPITALISATION. 2015

¹² ECOLE NATIONALE DE LA SANTÉ PUBLIQUE. 2000. P.12

Les étudiants infirmiers sont de plus en plus nombreux. En France, en 2014, il en a été recensé 90 976¹³. D'après le DREES, chaque année, 322 instituts forment entre 17 et 417 infirmiers par année d'étude¹⁴. En 2016-2017, 30 997 étudiants ont été admis en 1^{ère} année¹⁵, dont 36,1% avait moins de 20 ans¹³. D'après la réglementation, pour avoir accès à la formation, il faut avoir minimum 17 ans¹⁶. Chaque étudiant est amené dans son cursus scolaire, à effectuer au moins un de ses stages, en santé mentale ou en psychiatrie. D'après le référentiel de formation, « *Quatre types de stage sont prévus, ils sont représentatifs de 'familles de situation' : [...] soins en santé mentale et en psychiatrie : l'étudiant s'adresse à des personnes hospitalisées ou non, suivies pour des problèmes de santé mentale ou de psychiatrie* »¹⁷. Il est donc à noter que la majorité des étudiants approfondissent peu le domaine de la psychiatrie. De plus, au moment de faire leur stage, c'est un milieu qu'ils découvrent pour la plupart. C'est lors de leurs études et en fonction des difficultés qu'ils rencontrent, que les étudiants infirmiers construisent leur identité professionnelle.

En vue du nombre d'hospitalisations des adolescents et de la complexité de leur répartition dans les services, chaque étudiant sera amené à en rencontrer lors de ses stages. Le problème qui ressort le plus est : comment avoir une posture professionnelle adaptée avec un adolescent ? En effet, adopter une « juste » distance professionnelle soignant/soigné n'est pas un sujet inconnu puisque des enseignements sur les soins relationnels sont dispensés sur les 3 années d'études de la formation d'infirmier¹⁸. Cette difficulté touche aussi bien les étudiants infirmiers que les professionnels diplômés. En effet, le GRIEPS propose des formations. Certaines sont centrées sur « *les fondamentaux en pédopsychiatrie* » et d'autres s'intitulent « *prendre en charge l'adolescent : qualité et juste distance relationnelle* » (GRIEPS, 2016). Si nous cherchons à tout prix à trouver une « juste » distance thérapeutique, c'est parce que notre rôle infirmier est d'être capable de « *rechercher et instaurer un climat de confiance avec la personne soignée et son entourage au vue d'une alliance thérapeutique* »¹⁹. Cette alliance thérapeutique repose sur une relation de confiance entre soignant et soigné.

¹³ SURBLED, Malika. Janvier 2016.

¹⁴ DREES. Janvier 2006. P. 2.

¹⁵ Code de la santé publique. Arrêté du 3 juillet 2015.

¹⁶ Code de la santé publique. Article 2. Arrêté du 31 juillet 2009.

¹⁷ Ministère des affaires sociales et de la santé. Août 2009. P. 282.

¹⁸ *Ibid.*, P. 287.

¹⁹ *Ibid.*, P. 271.

La problématique de la proximité d'âge entre le soignant et le patient adolescent n'est que très peu évoquée par les professionnels de la santé. Seuls les jeunes étudiants et les jeunes diplômés peuvent être concernés. Les seules références sur lesquelles nous pouvons nous appuyer sont nos propres expériences professionnelles et celles de nos collègues. Lors de discussions, il en est ressorti que l'identification ou la gêne ressentie envers la personne soignée, pouvaient être à l'origine de cette difficulté.

1.2.4 Formulation de l'objectif de recherche et de la question de départ

A travers mes recherches, je souhaite comprendre si le jeune âge de l'étudiant en soins infirmiers joue un rôle dans la mise en place d'une juste distance indispensable pour établir une alliance thérapeutique entre le soignant et l'adolescent en secteur psychiatrique.

Ma question de départ sera : **En quoi la proximité de l'âge entre l'étudiant en soins infirmiers et l'adolescent en secteur psychiatrique, peut impacter la juste distance professionnelle indispensable à la création d'une alliance thérapeutique ?**

1.3 Phase exploratoire envisagée

1.3.1 Recherche documentaire envisagée

Les sciences humaines sociales et droits sont le champ disciplinaire en rapport avec ma question de départ, ce qui me permet de m'orienter vers la discipline de la psychologie. A partir de cela, j'ai isolé des mots-clefs et des concepts qui m'ont permis de trouver des références documentaires. Ceux retenus sont l'adolescence, l'étudiant, la psychiatrie, l'alliance thérapeutique, la relation soignant/soigné, la distance professionnelle, novice, identité professionnelle. Au travers de mes recherches, ces notions ont été associées à d'autres comme les mécanismes de défense, les émotions du soignant, l'identification à l'autre, la sympathie, l'empathie, le tutoiement/vouvoiement, la vulnérabilité.

Le patient adolescent est un des acteurs retenu précédemment. En effet, l'**adolescence** est une période particulière au niveau du développement de l'enfant. Le philosophe et psychologue suisse Jean Piaget, le médecin viennois Sigmund Freud, le philosophe et médecin Henri Wallon et le psychologue américain Lawrence Kohlberg ont rédigé différentes

théories à ce sujet. La prise en charge est donc spécifique et décrite dans les publications de l'HAS²⁰ et du ministère des affaires sociales et de l'emploi²¹.

Nous pouvons ensuite évoquer le second acteur : **l'étudiant infirmier**. La première spécificité de ce-dernier n'est autre que son jeune âge. Le psychologue et psychanalyste Pascal Le maléfan et Stéphanie Benmussa²², développent dans leur article commun « *Etre élève infirmier en psychiatrie et finir son adolescence* », la difficulté pour l'étudiant infirmier de finir son adolescence et de prendre une place de soignant. Ils associent donc ceci à **l'identification** du soignant sur le patient et aux concepts d'**empathie/sympathie**.

La deuxième spécificité de cet étudiant est son peu d'expérience professionnel. Il peut donc être considéré comme **novice**, en quête de son **identité professionnelle**. Ces notions sont reprises par Patricia Benner, formatrice en soins infirmiers à San Francisco et théoricienne²³, ainsi que Pascal Schindelholz, cadre de santé²⁴, dans leurs travaux respectifs.

La **distance professionnelle** est un axe que j'ai choisi et qui est abordé par des psychologues cliniciens comme Pascal Prayez²⁵, Catherine Rioult²⁶, Roland Nardin²⁷ et la psychothérapeute Catherine Deshayes²⁸. Ces auteurs abordent ainsi les différents **mécanismes de défense** développés par le soignant, les **émotions** ainsi que le **tutoiement/vouvoiement**. La recherche de cette distance professionnelle se fait dans le but de pouvoir créer une **alliance thérapeutique** efficace au travers d'une relation de confiance. Cette notion est rapportée par 3 soignants de psychiatrie pour adolescents qui se sont associés pour rédiger un article : la cadre infirmier Joëlle Bastian et les deux infirmiers Jean-Luc Valdeyron et Véronique Vaquier²⁹. La psychanalyste Marguerite Charazac développe cette notion dans son article³⁰. Toutes ces idées font parties d'une notion appelée la **relation soigné/soigné**. Un des auteurs les plus connus est l'ancien formateur en institut de soins infirmiers et psychothérapeute,

²⁰ Haute autorité de santé. Décembre 2011

²¹ Ministère des affaires sociales et de l'emploi. 16 mars 1988

²² LE MALÉFAN, Pascal ; BENMUSSA, Stéphanie. 2008. P.82-89

²³ BENNER, Patricia. 1995

²⁴ SCHINDELHOZ, Pascal. 2005. P. 14-16 et SCHINDELHOLZ, Pascal. 2006. P. 58-60

²⁵ PRAYEZ, Pascal. 2003 et PRAYEZ, Pascal. 2005

²⁶ RIOULT, Catherine. 2001. P. 37-39

²⁷ NARDIN, Roland. 2012. P. 9-10

²⁸ DESHAYES, Catherine. 2013

²⁹ BASTIAN, Joëlle ; VALDEYRON, Jean-Luc ; VAQUIER, Véronique. 2001. P.93-98

³⁰ CHARAZAC, Marguerite. Septembre 2011. P. 82-86

Alexandre Manoukian, ayant rédigé un livre avec la psychologue Anne Massebeouf, intitulé « *La relation soignant-soigné* »³¹.

Quentin Debray, écrivain et psychiatre français, s'est penché sur la **prise en charge spécifique de l'adolescent en psychiatrie** et ce que cela engendre dans la relation soignant/soigné³². Le psychiatre, psychanalyste, directeur de l'institut de formation des soignants en psychiatrie Laurent Morasz³³ et Stéphane Tregouet³⁴ se sont également penchés sur la question. Jean-Pierre Dumont, Philippe Dunezat, Maryline Le Dez-Alexandre, Jacques Prouff ont rédigé l'ouvrage « *La psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent* »³⁵, et évoque bien la spécificité de cette discipline en ajoutant le concept de **vulnérabilité**. Philippe Mazet a quant à lui évoqué les difficultés et troubles à l'adolescence dans un ouvrage du même nom³⁶.

1.3.2 Enquête exploratoire envisagée

Suite à ces recherches documentaires, je pense utiliser un outil qualitatif et donc mener 3 entretiens exploratoires à l'aide d'un guide d'entretien. Le face à face reste le meilleur moyen pour obtenir le ressenti des personnes interrogées. Je décide de cibler les étudiants infirmiers de 17 à 25 ans, soit spécifiquement de 3^{ème} année ou bien de chaque année de formation. Ces ESI devront obligatoirement être allés en psychiatrie pour adolescents. En effet, peu d'études ont été réalisées sur l'incidence de l'âge de l'étudiant sur la prise en charge de l'adolescent. J'approfondirai aussi la possibilité de m'entretenir avec un pédopsychiatre, ce qui me permettrait de comprendre les mécanismes de l'adolescence.

³¹ MANOUKIAN, Alexandre et MASSEBOEUF Anne. 2015.

³² DEBRAY, Quentin. 1997

³³ MORASZ, Laurent. 2012

³⁴ TREGOUET, Stéphane. 2010. P. 24-26

³⁵ DUMONT, Jean-Pierre ; DUNEZAT, Philippe ; LE DEZ-ALEXANDRE, Marylin ; PROUFF, Jacques. 2002

³⁶ MAZET, Philippe. 2004

2 Phase exploratoire

2.1 Cadre de référence

2.1.1 Des acteurs en construction

2.1.1.1 L'adolescent : de l'enfance à l'adulte

2.1.1.1.1 Une période difficile

2.1.1.1.1.1 Adolescence ou adolescent : quelle différence ?

Tout d'abord, l'adolescence est un terme souvent évoqué mais dont la définition varie. Certains comme l'OMS et Philippe Mazet déterminent l'adolescence comme étant une limite d'âge ; *« l'adolescence est la période de croissance et de développement humain qui se situe entre l'enfance et l'âge adulte, entre les âges de 10 et 19 ans »*³⁷. Ou encore, *« l'adolescence est une période... aux limites imprécises allant de 12-13 ans, voire moins, jusqu'à 20-22 ans, voire plus dans beaucoup de situations familiales et sociales actuelles ne favorisant pas l'autonomisation de l'adolescent »*³⁸. Tandis que Patrice Huerre, pédopsychiatre revendique que son existence. En effet, il dit qu'il *« faut distinguer ce que vit « l'adolescent », sujet humain singulier confronté aux questions de la puberté et du passage à l'âge adulte, de « l'adolescence », un ensemble de représentations collectives véhiculées par la société et qui pèsent lourdement sur les individus adolescents »*³⁹. Ainsi, il précise que *« le point de départ de l'adolescence est fixé par les changements pubertaires »*⁴⁰, qui se situent *« aux alentours de 14 ans »*⁴¹. Pour ce qui est de la fin, *« pour les médecins, somaticiens, biologistes c'est la fin de la croissance osseuse et de la maturation cérébrale, vers 18-20 ans, qui marque le point final de l'adolescence »*⁴².

Si l'adolescence n'est pas seulement une limite d'âge signifiant le passage de l'enfance à l'adulte, comment peut-on la reconnaître

³⁷ OMS. Année

³⁸ MAZET, Philippe. 2004. P. 20

³⁹ BEDIN, Véronique. Avril 2009. P.14

⁴⁰ *Ibid.*, P.16

⁴¹ *Ibid.*, P.16

⁴² *Ibid.*, P.17

2.1.1.1.1.2 Processus de l'adolescence

L'adolescence est marquée par « deux « tâches développementales fondamentales [...] l'intégration du corps sexué pubère et la progressive autonomisation vis-à-vis des parents »⁴³. La puberté constitue de « profondes modifications physiologiques tant au niveau général et sexuel qu'à un niveau plus général »⁴⁴. Ces modifications ont évidemment d'importantes répercussions psychologiques, « aussi bien au niveau de la réalité concrète qu'au niveau imaginaire (conscient), fantasmatique (inconscient) et symbolique »⁴⁵. « Chez les filles, la puberté survient généralement entre 11 et 13 ans [...] chez les garçon, la puberté démarre plus tard. Les tout premiers signes apparaissent vers 12 ans et la puberté survient en général vers 15 ans »⁴⁶. L'adolescent peut alors être confronté à un sentiment d'impuissance face à ces changements puisqu'il a besoin de se réappropriier son corps. En effet, le corps est au cœur des conduites de l'adolescent, puisque c'est lors de cette période la vie que de nouvelles peurs apparaissent comme la dysmorphophobie (crainte exagérée concernant l'aspect du corps), l'érythrophobie (peur de rougir dans des situations d'interaction sociales), les problèmes de sommeil, de trouble des conduites alimentaires et les conduites à risques. L'adolescence est donc marquée par un changement d'attitude et de comportement puisque la « quête d'un espace personnel et de nouvelles limites entraînent l'émergence de nouvelles conduites parmi lesquelles les conduites d'opposition occupent une place privilégiée »⁴⁷. De plus, c'est à cette période entre enfance et âge adulte que nous observons une « modification des investissements, intérêts, projets et sources de plaisir »⁴⁸, une « découverte du présent et des incertitudes de l'avenir »⁴⁹, et que l'adolescent se retrouve « face aux exigences [...] du milieu familial »⁵⁰. En effet, l'adolescence est un moment complexe puisque survient la « reviviscence de conflits psychiques infantiles non résolus, source de conflit entre des pulsions contradictoires, de culpabilité ; la fragilité du sentiment identitaire, avec la nécessité d'asseoir une image de soi satisfaisante, et de se montrer « à la hauteur » face aux autres ; la propension de l'adolescent à recourir à l'agir face aux conflits psychique »⁵¹. L'enfant est un être en voie d'autonomisation qui acquiert des compétences, c'est à dire, la « capacité à

⁴³ MAZET, Philippe. 2004. P.21

⁴⁴ *Ibid.*, P. 21

⁴⁵ *Ibid.*, P. 21

⁴⁶ BEDIN, Véronique. Avril 2009. P. 38-39

⁴⁷ MAZET, Philippe. 2004. P. 24

⁴⁸ *Ibid.*, P. 22

⁴⁹ *Ibid.*, P. 23

⁵⁰ *Ibid.*, P. 23

⁵¹ *Ibid.*, P. 65

s'adapter à l'environnement, à s'adapter au maternage, mais aussi aptitude à se consoler, à lutter contre le sentiment de désespoir, d'abandon »⁵². Il « *possède des éléments biographiques qui lui sont propres, un type de famille, un couple parental* »⁵³. A cela se rajoutent des facteurs de risques tels que la séparation précoce, les carences affectives, les sévices physiques et psychiques, la mésentente grave entre les parents, les mères immatures et narcissiques, les « *enfants-symptômes* » porteurs des conflits psychiques inconscients des parents, les « *familles-problèmes* » qui additionnent plusieurs de ces paramètres. Il construit ensuite sa personnalité et devient plus ou moins vulnérable. Si l'on ajoute à cela la période de remaniement de l'identité qu'est l'adolescence, nous comprenons la majoration des survenues des psychopathologies telles que l'hospitalisme, les troubles psychiques, l'incapacité à intégrer des situations différentes, enfant objet. « *Le fonctionnement familial peut [donc] favoriser les processus de l'adolescence ou les entraver* »⁵⁴. « *Il y a donc un lien de continuité entre son passé, ses conduites actuelles et l'adulte qu'il deviendra* »⁵⁵

L'adolescence est « une période de remaniement pulsionnel, un moment privilégié d'apparition des conduites à risque »⁵⁶, et ce plus fréquemment chez le garçon que chez la fille. Mais qu'est-ce que ce terme souvent associé à l'adolescent ?

2.1.1.1.1.3 Les conduites à risque

Elles « *correspondent à un moyen transitoire de résoudre l'angoisse* »⁵⁷ mais il faut savoir que « *toute prise de risque n'est pas pathologique, elle peut s'intégrer à la trajectoire de vie du sujet, apparaître valorisée socialement, utile [...]* »⁵⁸. Ce qui la rend pathologique c'est son intention et sa fréquence d'après J. Adès, professeur de psychiatrie ; « *la conduite de risque, dans sa dimension pathologique, implique l'engagement délibéré et répétitif dans les situations dangereuses, [...] comportement [...] recherché activement pour éprouver des sensations fortes, du jeu avec le danger, et souvent avec la mort* »⁵⁹.

⁵² DUMONT, Jean-Pierre ; DUNEZAT, Philippe ; LE DEZ-ALEXANDRE, Marylin ; PROUFF, Jacques. 2002. P. 20

⁵³ *Ibid.*, P. 21

⁵⁴ MAZET, Philippe. 2004. P. 26

⁵⁵ DUMONT, Jean-Pierre ; DUNEZAT, Philippe ; LE DEZ-ALEXANDRE, Marylin ; PROUFF, Jacques. 2002. P. 21

⁵⁶ MAZET, Philippe. 2004. P. 63

⁵⁷ *Ibid.*, P. 63

⁵⁸ *Ibid.*, P. 63

⁵⁹ *Ibid.*, P. 62-63

Parmi tous ces comportements à risque, il existe des facteurs de gravité, en effet, « *l'important au point de vue pronostique est en effet que les comportements ne se figent pas, que l'adolescent donne l'impression [...] de pouvoir passer d'une attitude à une autre et que les contradictions dans lesquelles il vit ne soient pas à l'origine d'angoisse ou de souffrance trop vive, source alors de fuite ou de passage à l'acte répétitif* »⁶⁰.

L'adolescence comporte une tranche d'âge imprécise entre 10 et 22 ans. Nous pouvons plus précisément dire que c'est une période de changement physique et psychologique entrecoupée de choix à faire. C'est une période de conduite à risque qui nécessite un soutien familial. Si nous ajoutons à cela la présence d'une maladie chronique psychiatrique, les risques sont majorés. Mais pourquoi ?

2.1.1.1.2 La maladie chronique psychiatrique : un bouleversement psychique

Selon l'OMS, les maladies chroniques sont des affections de longue durée ; « *on entend des problèmes de santé qui nécessitent des soins sur le long terme et qui comprennent [...] la dépression, la schizophrénie...* »⁶¹. La présence d'une maladie chronique psychiatrique chez l'adolescent peut être un obstacle à la construction de son identité. Cette maladie « *s'oppose aux aspirations d'indépendance de l'adolescent ; au moment où il tente d'échapper peu à peu à l'autorité parentale, il reste soumis à une certaine autorité médicale* »⁶², l'entravant alors dans sa liberté. Cette pathologie « *altère le vécu et la représentation du corps* »⁶³ de l'adolescent et intervient au moment où cette modification corporelle peut déjà être un problème. « *L'adolescent [...] souffrant de troubles chroniques est soumis à un travail psychologique supplémentaire* »⁶⁴, puisque c'est une nouvelle source d'anxiété. « *L'enfant autiste ou psychotique devenant adolescent est soumis comme ses pairs à des modifications hormonales, physiques, mais aussi à la résurgence d'angoisses massive et archaïques* »⁶⁵. C'est à ce moment que nous pouvons observer une « *prise de conscience par l'adolescent de l'écart entre ses désirs, ses projets et ses possibilités* »⁶⁶. C'est également à cette période et plus précisément à partir des 16 ans de l'adolescent, que sa prise en charge

⁶⁰ MAZET, Philippe. 2004. P. 25

⁶¹ OMS. 2005. P. 15

⁶² MAZET, Philippe. 2004. P. 55

⁶³ *Ibid.*, P.55

⁶⁴ *Ibid.*, P. 58

⁶⁵ *Ibid.*, P. 60

⁶⁶ *Ibid.*, P. 59

va changer ; « *l'adolescent dépend du secteur de psychiatrie adulte et non plus de celui de psychiatrie infanto-juvénile [...] cette rupture est vécue douloureusement par les adolescents [...] Cela aboutit trop souvent à une rupture thérapeutique à un moment où justement l'adolescent traverse une période de vulnérabilité* »⁶⁷. Il faut donc être attentif à ce risque mettant en danger la relation soignant/soigné et la qualité des soins.

Nous avons tout d'abord parlé de l'adolescent à la recherche de son identité, mais nous pouvons également parler de notre deuxième acteur identifié dans la question de départ, l'étudiant.

2.1.1.2 Etre étudiant et finir son adolescence

2.1.1.2.1 Un novice face à sa construction identitaire

Dreyfus a élaboré un modèle selon lequel l'étudiant passe par 5 stades successifs en tant qu'infirmier : « *novice, débutant, compétent, performant, expert, qui sont le reflet des 3 types de changements qui se produisent lors de l'acquisition d'une compétence* »⁶⁸. Au cours de sa formation, l'étudiant acquiert des connaissances et des compétences, mais c'est principalement lors de ses stages, que l'étudiant va fabriquer sa pratique professionnelle, en étant confronté à diverses pratiques soignantes. « *L'étudiant interprète lui-même les apports théoriques reçus à l'institut de formation en soins infirmiers* »⁶⁹. Ceci lui permet l'élaboration de sa personnalité. C'est « *au cours de sa relation avec le patient, [que l'étudiant] va, de manière personnelle, lui expliquer, le rassurer, mettre de l'humour, de la distance, de l'empathie...* ». C'est grâce à l'identité professionnelle que l'étudiant se construit, qu'il va pouvoir adapter et personnaliser sa pratique aux patients. Les interactions sociales au travers de « *l'échange et le travail avec d'autres professionnels* »⁷⁰, permettent à l'étudiant de se faire une idée sur les diverses pratiques professionnelles. Les soignants sont donc sollicités pour faire part de leur expérience professionnelle aux étudiants. En effet, « *la transmission de l'identité serait donc un « quelque chose » qui, s'inscrivant dans la culture, permettrait à l'individu de s'identifier par une lecture propre à cette identité professionnelle* »⁷¹. C'est parce que l'étudiant se fait sa propre idée durant le partage des diverses expériences professionnelles, que l'on peut dire que c'est la « *façon dont l'étudiant recevra la culture*

⁶⁷ MAZET, Philippe. 2004. P. 60

⁶⁸ BENNER, Patricia. P. 17

⁶⁹ SCHINDELHOZ, Pascal. 2005. P. 14

⁷⁰ *Ibid.*, P. 59

⁷¹ *Ibid.*, P. 60

infirmière qui l'aidera dans sa construction de son identité professionnelle »⁷². D'après Guy Le Boterf, expert et directeur du cabinet Le Boterf Conseil ajoute, « *le métier est source d'identité. C'est une communauté d'appartenance et de compétences* »⁷³. Mais qu'est ce que l'expérience professionnelle ? Heidegger et Gadamer, philosophes allemands, la définissent comme « *l'amélioration d'idées préconçues qui ne se sont pas confirmées par la situation réelle. Ce n'est que lorsque l'événement améliore, élabore ou infirme cette prescience (=connaissance antérieure) qu'il mérite le terme d'expérience* »⁷⁴.

L'étudiant est non seulement à la recherche de son identité professionnelle qu'il se construit au travers de son expérience professionnelle, mais dans la question de départ il est aussi question de la proximité d'âge entre le patient et l'étudiant.

2.1.1.2.2 L'âge de l'étudiant : un obstacle ?

L'âge de l'étudiant face à des adolescents peut être une difficulté puisqu'il est possible d'avoir « *du mal à trouver sa place par rapports aux autres jeunes [...] proche en âge, dans la façon de communiquer...* »⁷⁵. Si nous explorons cette difficulté, nous trouvons que « *l'identification à l'autre, peut faire perdre toute distance* »⁷⁶. Mais qu'est ce que l'identification ? Nous pouvons l'assimiler au transfert, terme créée par Sigmund Freud pour « *désigner un mouvement affectif rencontré dans un cadre précis : la relation entre le patient et le psychanalyste. Ce mouvement « transférentiel » est la répétition, dans la relation actuelle avec le thérapeute, d'un schéma émotionnel vécu initialement avec les parents et membres de la famille* »⁷⁷. Il existe deux types d'identifications. La première étant l'identification simple ; « *processus psychologique qui va nous permettre de comprendre, d'assimiler et d'intégrer la souffrance que ressent l'autre, par comparaison à des moments que nous avons pu vivre nous-mêmes ou que nous avons pu observer chez ceux que nous avons croisé [...]. Il est le support de la compassion, du rapprochement émotionnel avec le patient, de l'empathie naturelle* »⁷⁸. La deuxième est l'identification projective ; lorsque le patient va, « *par un mécanisme psychique assez archaïque, faire vivre à ses soignants un malaise intense, gênant, prenant et assez inexplicable [...] la projection doit sa prégnance au*

⁷² SCHINDELHOZ, Pascal. 2005. P. 60

⁷³ *Ibid.*, P. 60

⁷⁴ BENNER, Patricia. 2003. P. 8

⁷⁵ PRAYEZ, Pascal. 2005. P. 115

⁷⁶ *Ibid.*, P. 9

⁷⁷ *Ibid.*, P. 109

⁷⁸ MORASZ, Laurent. 2012. P. 99

fait qu'elle est accompagnée d'un mouvement d'identification croisée [...] le patient confronté à la faillite de ses systèmes défensifs habituels va ainsi projeter sur son interlocuteur les contenus archaïques angoissants qu'il ne peut contenir et qui l'envahissent. Contenus que son partenaire relationnel va accepter (inconsciemment) et lier à ses propres contenus psychiques »⁷⁹. On peut alors parler d'une sorte de « miroir déformant ». Il est à noter qu'en milieu hospitalier, le concept de transfert « est trop souvent utilisé pour accuser un soignant qui est considéré comme trop proche de ses malade, trop attentionné, trop humain. Par conséquent, dans la mesure où ce terme est devenu une sorte de gros mot qui stigmatise un soignant « coupable » de trop d'attachement, le mieux est de ne pas utiliser ce concept en dehors du cadre précis de la psychothérapie »⁸⁰. Freud avait également créé le terme de « contre-transfert » ; repris par Kernberg, psychiatre disant que c'est « réaction affective globale de l'analyste face au patient »⁸¹. Ce terme est donc précieux puisqu'il montre qu'il permet au soignant une meilleure compréhension du patient, « c'est donc ce dernier terme qu'il serait plus précis d'utiliser pour parler de l'implication du soignant par rapport à la personne soignée »⁸². Malgré tout, il ne faut pas oublier que le rôle du soignant n'est pas de rejeter tout signe rapprochement émotionnel avec le patient ; il doit « accepter d'être le réceptacle des projections, en amour et en haine, que réalise le patient et que favorise le dispositif »⁸³. La littérature ne parle cependant pas des avantages entre cette proximité d'âge qui seraient bénéfiques autant pour le patient que le soignant. Alors y en a-t-il ?

Nous avons mis en parallèle les deux acteurs, nous pouvons à présent parler de leur point commun, la vulnérabilité.

2.1.1.3 Vulnérabilité : le lien entre ces acteurs

Si nous étudions le concept de vulnérabilité, nous trouvons qu'un sujet vulnérable est « un sujet qui peut être blessé, par définition fragile et sensible, de constitution faible ou de fonctionnement délicat »⁸⁴. Chacun réagit différemment face aux contraintes de l'environnement. L'adolescent se retrouve dans une période à risque, pleine de changements autant physiques que psychologique et doit y faire face. Nous avons pu voir que la

⁷⁹ MORASZ, Laurent. 2012. P. 100

⁸⁰ *Ibid.*, P. 109

⁸¹ FORMARIER, Monique ; JOVIC, Ljiljana. Novembre 2012. P. 326

⁸² PRAYEZ, Pascal. 2005. P. 109

⁸³ FORMARIER, Monique ; JOVIC, Ljiljana. Novembre 2012. P. 324

⁸⁴ GODEAU Pierre. P.19

vulnérabilité de l'adolescent pouvait le mener à des conduites à risque. Tandis que l'étudiant infirmier est en quête de son identité professionnelle. Il se retrouve confronté à la mort et à la souffrance durant ses stages. De plus, l'ESI de jeune âge se trouve à la limite entre l'adolescence et l'âge adulte. Il est ce que l'on pourrait appeler, un « adulescent ». Les « adulescents » sont des « *jeunes [qui] se situent dans la post-adolescence parce qu'ils sont encore dans une phase d'aménagement de leur personnalité* »⁸⁵. C'est une période marquée par « *la nécessité de consolider la qualité du self, afin d'être soi-même* »⁸⁶. Nous pouvons donc noter que cet « adulescent » est encore à la recherche de sa propre identité personnelle puisqu'il se cherche psychiquement. Les deux protagonistes étant à la recherche de leur identité, ils sont de ce fait vulnérables.

Ces données font que la relation soignant-soigné peut être mise à mal. Comment réagir face à ces difficultés ? Nous avons pu étudier dans un premier temps, les deux acteurs, tous deux en quête d'une identité. Nous parlerons donc à présent de la relation soignant/soigné.

2.1.2 Maladie chronique psychiatrique à l'adolescence : la difficulté du lien soignant/soigné

2.1.2.1 De la relation de confiance à l'alliance thérapeutique

2.1.2.1.1 Notion de confiance

Tout d'abord, définissons ce concept. La confiance a été définie comme « *l'acceptation par un individu de s'exposer à l'opportunisme de l'autre* »⁸⁷. « Faire confiance à », c'est donc croire aux paroles de cette personne. Le niveau de confiance entre les personnes va influencer sur la distance relationnelle puisqu'elle va permettre au soignant de faire son travail. La confiance doit être réciproque entre le soignant et le soigné. Si ce dernier accorde sa confiance au soigné, il va lui permettre de montrer qu'il comprend sa demande de soins. D'après Brander et Bellenger « *il n'y a pas de confiance dans les autres s'il n'y a pas un bon dosage de confiance en soi* »⁸⁸. Nous pouvons également mettre en lien les concepts de don et contre-don. En effet, il est normal dans une relation « *de donner, recevoir et*

⁸⁵ ANATRELLA, Tony. 2003. P.37

⁸⁶ *Ibid.*, P.37

⁸⁷ FORMARIER, Monique ; JOVIC, Ljiljana. Novembre 2012. P.115

⁸⁸ BASTIAN, Joëlle ; VALDEYRON, Jean-Luc et VAQUIER, Véronique. 2001. P.96

rendre »⁸⁹. Le don permet de créer une valeur spirituelle et une coopération. La confiance est donc le socle de toute relation soignant/soigné.

En quoi la confiance est-elle si importante dans la relation soignant-soigné ? Quel est son rôle ?

2.1.2.1.2 L'alliance thérapeutique, objectif soignant

Selon Freud, le concept d'alliance thérapeutique « *s'agit d'un pacte avec l'égo du patient, d'un contrat psychologique entre le patient et le thérapeute* »⁹⁰. Il ne peut donc pas y avoir d'alliance thérapeutique efficace sans une collaboration du patient et du soignant puisqu'ils effectuent ensemble un partenariat. « *Etablir une bonne alliance thérapeutique c'est passer de l'étape « relationnelle » à l'étape « collaborative »* ». C'est donc cette collaboration qui va ainsi permettre d'apporter des soins de qualité. Pour une alliance thérapeutique efficace, plusieurs compétences sont requises. Le soignant se doit d'être authentique et empathique. L'authenticité n'est autre que « *la dynamique qui rend compte de la préoccupation de comprendre et d'aider l'autre en toute sincérité, sans manipulation ni faux-semblants, à l'aide d'un discours vrai et adapté à la situation* »⁹¹. L'alliance thérapeutique se comporte de 4 aspects fondamentaux : la négociation, la mutualité, la confiance et l'acceptation d'influencer et de se laisser influencer. Les relations sont à la base de l'alliance thérapeutique, parmi elles se trouvent la relation de civilité, la relation fonctionnelle, la relation de confiance et la relation d'aide.

Sans alliance thérapeutique, il ne peut donc pas y avoir de relation efficace entre le soignant et le soigné et cela ne permettra pas d'assurer la qualité des soins. Parfois les outils utilisés pour favoriser cette alliance sont mis à mal. Que faire ?

2.1.2.2 Attitudes et outils relationnels mis à l'épreuve de cette relation

Selon Prayez, « *la relation soignant/soigné met en présence un professionnel en position de force et une personne vulnérable. Chacun est en droit d'attendre de l'autre respect et considération, [même si] les places sont inégales. L'un est rémunéré pour remplir une mission de soin concrétisée par un certain nombre d'actes techniques et relationnels,*

⁸⁹ ALTER, Norbert. Quelle autre mobilisation ? 2002. P.264

⁹⁰ FORMARIER, Monique ; JOVIC, Ljiljana. Novembre 2012. P. 66

⁹¹ MORASZ, Laurent. 2012. P.108

l'autre dépend de services pour sa vie quotidienne, voire sa survie »⁹². Comment parvenir à créer une alliance thérapeutique ?

2.1.2.2.1 Entre distance « défensive » et distance « juste »

« Le mot « distance » est souvent connoté négativement, renvoyant à l'idée d'éloignement ou de rupture »⁹³ d'autres préfèrent utiliser le concept de « proximité ». E.T. Hall amène donc une nouvelle notion, la proxémie qu'il définit comme « l'ensemble des observations concernant l'usage que l'humain fait de l'espace qui l'entoure et le sépare des autres »⁹⁴. Selon cet anthropologue, il existe 4 distances principales dans l'expérience humaine, de la plus éloignée à la plus proche on peut citer, « la distance publique, sociale, personnelle puis intime »⁹⁵. En psychiatrie, nous pouvons également ajouter la notion de distance créative qui passe par deux mécanismes : la fascination ; « la créativité que montre la folie, son affirmation délirante que la réalité est autre nous amènent parfois à être séduits par le discours du patient »⁹⁶. Cette perte de distance peut avoir des conséquences fâcheuses : « la première serait d'ignorer l'intensité de l'angoisse et la souffrance du malade, en oubliant qu'il y a rarement du bonheur dans la folie. La seconde conséquence serait d'être entraîné dans des mouvements relationnels massifs et très difficiles à gérer, basculant entre relation symbiotique ou sensation d'invasion menaçant »⁹⁷. Le deuxième mécanisme est appelé le rejet total : « vécu du « fou », jugé comme anormal ou déficient [...]. L'excès de distance que suppose ce regard normatif risque d'être mal perçu par les malades, augmentant leur violence »⁹⁸. Il existe plusieurs définitions de la distance, concept vague et souvent utilisé à tort. La juste distance est définie d'un côté par « analyser nos sentiments, nos émotions, nos mécanismes de défense, ce qui nous fait souffrir [...] être ouvert, accueillir ce qui se passe dans la relation avec le patient et la famille, trouver du sens à notre pratique »⁹⁹. Ceci nous permet de progresser dans la relation. D'un autre côté, « l'essentiel se situe dans la distance psychique et non dans l'apparence comportementale »¹⁰⁰ et « la juste distance est la capacité

⁹² PRAYEZ, Pascal. 2005. P. 106

⁹³ *Ibid.*, P. 9

⁹⁴ *Ibid.*, P. 15

⁹⁵ *Ibid.*, P. 15-17

⁹⁶ *Ibid.*, P. 181

⁹⁷ *Ibid.*, P.118

⁹⁸ *Ibid.*, P.118

⁹⁹ COSTES, Nathalie ; HAMON Florence. 2016. P.20

¹⁰⁰ PRAYEZ, Pascal. 2005. P.118

à être au contact d'autrui en pleine conscience de la différence des places »¹⁰¹. Chacun a donc sa propre définition de ce qu'est « la juste distance » et ajuste sa pratique en fonction de son expérience professionnelle et du soigné avec qui il entre en communication.

« Un discours pseudo-psychologique sur la « bonne » distance, abusivement simplifié, pousse parfois les soignants dans le sens d'une distance froide »¹⁰². Cette « distance froide déshumanise le soin »¹⁰³ et peut être qualifiée de distance « injuste ». Cette « distance injuste est-elle une réaction du soignant pour se défendre d'une implication affective insupportable ? »¹⁰⁴. Mais alors, comment trouver de la distance tout en restant au contact ? Il n'y a pas de réponses à ces questions, cependant quelques conseils sont préconisés : « éviter toute familiarité avec le patient, vouvoyer le patient, la blouse ne crée pas la distance thérapeutique : dans certains services de psychiatrie, le port de blouse n'est pas obligatoire [...] la distance thérapeutique est pourtant présente »¹⁰⁵. Parfois, il arrive que le soignant soit « tellement attentif à l'autre qu'on écoute plus ce qui se passe en soi. Cela signe une perte de distance »¹⁰⁶. Cependant, « il ne faut jamais perdre de vue que l'identification à l'autre est un mouvement imaginaire. Et même si le fait de se mettre en pensée à la place de l'autre peut nourrir une certaine empathie, fondamentalement, je ne suis jamais à la place de l'autre. Ce qui ne signifie pas : incommunication ou rencontre impossible ».¹⁰⁷

La communication est un des axes qui peut permettre de créer une relation de confiance, mais comment l'adapter au patient ?

2.1.2.2.2 La communication verbale et non verbale

La communication est la base de la relation d'aide. Elle permet de montrer au soigné l'impression que nous voulons lui laisser de nous, soignant. La qualité relationnelle « est ce qui enveloppe les soins et leur confère leur caractère humain »¹⁰⁸. Elle est essentielle à la qualité des soins mais cependant, souvent banalisée, sous prétexte du temps qui manque, on la sacrifie à l'efficacité des soins. La communication « est un besoin fondamental de l'être

¹⁰¹ PRAYEZ, Pascal. 2005. P. 213

¹⁰² *Ibid.*, P.110

¹⁰³ *Ibid.*, P.106

¹⁰⁴ *Ibid.*, P.106

¹⁰⁵ NARDIN, Roland. 2012. P.10

¹⁰⁶ PRAYEZ, Pascal. 2005. P. 42

¹⁰⁷ *Ibid.*, P. 213

¹⁰⁸ PHANEUF, Margot. Avril 2012. P. 18

humain et à la base de tous nos rapports en société »¹⁰⁹. Certains outils sont à connaître afin d'améliorer la communication entre le soignant et le soigné. La communication verbale : est « vectrice d'information et de compréhension »¹¹⁰. « Il faut être attentif au choix des mots, à la composition des phrases et à l'accord avec le contexte (appropriation du contenu et du moment). Il faut aussi gérer les blocages et les interférences (gêne, timidité, bruits, technique d'isolement...) »¹¹¹. L'« usage systématique de la voix forte [...] une façon de maintenir à distance le patient »¹¹². Ainsi, « parler à voix forte pour créer un cadre et rappeler ainsi que nous intervenons en tant que soignant [...], parler à voix modérée si l'on veut créer une atmosphère de confiance et d'intimité respectueuse, même en restant professionnel »¹¹³. Nous pouvons aussi utiliser un autre type de communication, la non verbale ; « qui se traduit par des bruits, des expressions faciales, par notre maintien, notre démarche, par nos gestes et par le toucher. Elle enrichie, précise, souligne et même vient parfois contredire notre propos verbal »¹¹⁴. Elle est utilisée en parallèle des attitudes et comportements : comme l'écoute et le partage de l'information. « L'écoute non verbale consiste en l'observation de ce qui se passe pour l'autre, de ce qui se passe en soi et des réponses non verbales de l'autre »¹¹⁵. Il faut toujours « agir en prenant conscience de notre façon de communiquer »¹¹⁶. Cela permet de se remettre en question et de pouvoir modifier notre pratique afin de s'améliorer.

Cette communication impose du respect de la part du soignant et du soigné. Peut-il y avoir un impact sur la relation en fonction de la façon dont on s'adresse à l'autre ?

2.1.2.2.3 Tutoiement et vouvoiement : quel impact sur la relation ?

Les avis entre tutoiement et vouvoiement envers les patients sont mitigés. Si nous commençons par définir le tutoiement, nous trouvons qu'il « est habituellement réservé aux relations proches ou entre pairs [...] habituellement lié à la réciprocité, sauf dans les relations adultes/enfants où il est admis que l'adulte tutoie un enfant qui, en marque de respect, le vouvoie »¹¹⁷. Au contraire, le vouvoiement : « marque un éloignement relationnel

¹⁰⁹ PHANEUF, Margot. Avril 2012. P. 45

¹¹⁰ *Ibid.*, P. 59

¹¹¹ *Ibid.*, P. 59

¹¹² PRAYEZ, Pascal. 2005. P.21

¹¹³ *Ibid.*, P.21

¹¹⁴ PHANEUF, Margot. Avril 2012. P. 62

¹¹⁵ PRAYEZ, Pascal. 2005. P.21

¹¹⁶ *Ibid.*, P.21

¹¹⁷ *Ibid.*, P.116

plus important des interlocuteurs : c'est un signe de politesse, éventuellement associé au respect d'une différence d'âge ou d'une différence de niveau hiérarchique. Par convention sociale, le vouvoiement est souvent associé aux relations professionnelles. Il apparaît donc logique de l'utiliser dans la relation de soin, pour tenir compte des habitudes sociales de la langue française ainsi que du contexte hospitalier qui l'exige. Ce vouvoiement aide à se positionner en tant que professionnel de santé, tout en préservant l'égalité des relations malgré la dépendance du malade »¹¹⁸. Il serait donc normal de dire que le vouvoiement est de rigueur puisqu'il permet notamment de « *toucher lors des médiations corporelles, tout en gardant une juste distance* »¹¹⁹. Cependant, il ne faut pas « *interpréter systématiquement le tutoiement comme une perte de distance. Des particularités liées à la personnalité du patient, aux habitudes du service, à l'histoire de la relation de soin elle-même justifiant parfois le tutoiement* », le tout étant d'être « *capable d'expliquer pourquoi* »¹²⁰. Parfois, le tutoiement est dit de sécurité comme par exemple lorsqu'il y a un « *malade que l'on apaise uniquement en utilisant le tutoiement. Le vouvoiement le met dans une grande colère et le rend violent* »¹²¹. Il ne faut donc pas oublier qu'il est nécessaire de proscrire « *le tutoiement d'infantilisation qui signe un manque de respect, le tutoiement de pseudo-camaraderie qui veut faire oublier qu'on est pas à la même place et qu'on ne vit pas la même chose. Cette complicité fictive peut être un refus d'entendre la souffrance de l'autre* »¹²². De plus, « *il est peut-être plus utile d'apprendre à vouvoyer lorsqu'on est jeune professionnel, pour se structurer dans sa posture de soignant, que lorsqu'on est plus âgé, déjà bien installé dans sa professionnalité* »¹²³. Vouvoir reste donc la règle première d'autant que « *cela favorise [...] l'adhésion aux soins* »¹²⁴.

Nous avons vu que le tutoiement et le vouvoiement reste un sujet complexe. Cela ne peut-il pas avoir des répercussions sur la qualité de la relation soignant/soigné et aller jusqu'à dépasser le stade de l'empathie ?

¹¹⁸ PRAYEZ, Pascal. 2005. 116

¹¹⁹ *Ibid.*, P.115

¹²⁰ *Ibid.*, P.117

¹²¹ *Ibid.*, P. 118

¹²² *Ibid.*, P. 117

¹²³ *Ibid.*, P.117

¹²⁴ NARDIN, Roland. 2012. P.10

2.1.2.2.4 De l'empathie à la sympathie

L'alliance thérapeutique est essentielle pour effectuer des soins qu'ils soient éducatifs, curatifs, puisqu'elle montre la confiance accordée au professionnel. On peut la définir comme le fait de « *passer de l'étape « relationnelle » à l'étape « collaborative » dans laquelle patient et thérapeute collaborent activement pour résoudre les problèmes ou développer les projets utiles pour la thérapie* »¹²⁵. Ensuite, nous pouvons aborder l'empathie du soignant. Qu'est-ce que le concept d'empathie ? Morasz et Charazac s'accordent sur le fait que l'empathie est une émotion vécue par le soignant et qu'elle est « *indispensable pour instaurer une alliance thérapeutique* »¹²⁶. Morasz précise que « *c'est donc une sorte de bienveillance professionnelle qui permet de pénétrer humainement dans l'univers de l'autre tout en gardant son sang froid et son objectivité* »¹²⁷. Tandis que Charazac détaille que cela « *consiste tout d'abord à mettre en évidence ses propres émotions, sentiments, pensées et hypothèses, puis à distinguer les faits et leurs interprétations, ce qui vient de soi et ce qui est induit par la relation thérapeutique* »¹²⁸. Ce concept a toute sa place dans les soins infirmiers car « *des discussions ont continué à porter sur l'équilibre entre d'une part, l'implication subjective ou affective vis-à-vis des patients et d'autre part, une position plus objective ou professionnelle considérée comme nécessaire pour optimiser la nature thérapeutique de la relation entre l'infirmière et le patient* »¹²⁹. Jorland a lui une vision différente de l'empathie la met en parallèle avec la sympathie, deux notions souvent confondues. « *L'empathie consiste à se mettre à la place de l'autre sans forcément éprouver des émotions, comme lorsque nous anticipons les réactions de quelqu'un, la sympathie consiste inversement à éprouver les émotions de l'autre sans se mettre nécessairement à sa place, c'est une contagion des émotions [...]. Alors que la sympathie est une relation affective, l'empathie est une relation cognitive* »¹³⁰. La sympathie est donc un des risques lors d'une implication trop forte entre le soignant et le soigné, pouvant altérer à long terme l'alliance thérapeutique et cette relation de confiance professionnelle.

Afin de pallier à ce risque, le soignant peut mettre en place des stratégies défensives ; « on peut toucher quelqu'un en étant complètement absent de la relation »¹³¹.

¹²⁵ CHARAZAC, Marguerite. Septembre 2011. P.82

¹²⁶ *Ibid.*, P.82

¹²⁷ MORASZ, Laurent. 2012. P.107

¹²⁸ CHARAZAC, Marguerite. Septembre 2011. P.82

¹²⁹ FORMARIER, Monique ; JOVIC, Ljiljana. Novembre 2012. P.170

¹³⁰ *Ibid.*, P.171

¹³¹ PRAYEZ, Pascal. 2005. P.21

2.1.2.3 Etre soignant face à la souffrance de l'autre

2.1.2.3.1 Gestions des émotions

L'étudiant est tout comme le professionnel, confronté à la souffrance des patients lors de ses stages. Les émotions liées à des situations complexes peuvent ressurgir mais quelle place leur laisser ? Selon Sillamy, l'émotion est « *une réaction globale, intense de l'organisme à une situation inattendue accompagnée d'un état affectif de tonalité pénible ou agréable* »¹³². Il existe plusieurs types d'émotions, certaines sont dites « simples » comme la joie, la tristesse, la colère, le dégoût, la surprise, la peur, et d'autres sont appelées les émotions « mixtes ». Parmi celles-ci on retrouve notamment la honte, la culpabilité, la jalousie, le mépris, la pitié, la tendresse. Ces émotions sont indissociables de la communication non verbale étudiée auparavant. Nous pouvons lire 3 positionnements différents quant à la place des émotions dans la relation soignant/soigné. Certains disent que les émotions sont nécessaires, « *elles sont moteurs pour le soins* »¹³³, d'autres pensent qu'elles doivent être reconnues et régulées, « *on travaille avec des gens, des gens en souffrance [...] ne pas se laisser submerger* »¹³⁴. Et pour finir, d'autres affirment que les émotions doivent être réprimandées « *pour être professionnelle [...] lutter avec mes propres émotions pour pouvoir écouter l'autre* »¹³⁵. Certaines émotions peuvent être néfastes, c'est ce qu'affirme Géraldine Langlois, « *la colère peut faire rater un soin. Si le patient est contre l'infirmière et elle contre lui, une prise de sang, ça se rate, même sur un boulevard* ». Il n'y a donc pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Le soignant est libre du choix de l'expression ou non de ses émotions tant qu'elle n'entrave pas la relation d'aide avec le patient.

Certains tentent consciemment ou non, de cacher leurs émotions. Mais comment font-ils ?

2.1.2.3.2 Entre stratégies de mises à distance et mécanismes de défense

D'après Braconnier le mécanisme de défense « *englobe tous les moyens utilisés par le moi pour maîtriser, contrôler, canaliser les dangers externes et internes* »¹³⁶. Laplanche et Pontalis pensent que c'est « *l'ensemble des opérations dont la finalité est de réduire, de*

¹³² FORMARIER, Monique ; JOVIC, Ljiljana. Novembre 2012. P. 165

¹³³ *Ibid.*, P. 165

¹³⁴ *Ibid.*, P. 165

¹³⁵ *Ibid.*, P. 165

¹³⁶ *Ibid.*, P. 214

supprimer toute modification susceptible de mettre en danger l'intégrité et la constance de l'individu biopsychologique. Ils prennent souvent une allure compulsive et opèrent au moins partiellement de façon inconsciente »¹³⁷. Nous pouvons dire que ce sont des actes plus ou moins conscients qui nous permettent de nous protéger en tant que soignant. C'est une sorte de « carapace ». La liste de ces mécanismes de défense est non exhaustive, nous en citerons donc quelques uns afin de pouvoir mettre des mots sur ce concept et se rendre compte de la fréquence d'apparition de nos mécanismes de défense. Il existe donc entre autre, la banalisation « *mise à distance de la souffrance par une habitude progressive* », la technicisation « *permet au professionnel de se réfugier derrière une technique, des actes* », l'esquive/le mensonge « *masquer la vérité pour éviter le conflit ou le rapprochement* », la fausse réassurance « *évitant de prendre en compte la gravité* », l'évitement « *tenir la souffrance à distance* ». Les stratégies de mises à distance sont un type de mécanisme de défense et « *permettent d'effacer tout caractère intime de cette proximité physique non voulue : [...] évitement du regard* »¹³⁸. Nous terminerons en concluant que dans la mesure où certains de ces mécanismes de défense peuvent être néfastes pour le patient, il est nécessaire de pouvoir les identifier afin de les travailler pour ne pas qu'ils entravent la relation en place.

2.2 Enquête exploratoire

2.2.1 Méthode

2.2.1.1 Objectif

Suite à l'élaboration de mon cadre conceptuel, j'ai pu cibler un objectif principal sur lequel je me concentrerai lors de mes entretiens. En effet, c'est un aspect que je n'ai eu que très peu l'occasion de développer au vu du peu de recherches trouvées. Ce que je veux donc savoir c'est si la proximité du jeune âge entre soignant et soigné complexifie ou facilite la relation. A travers mes lectures, j'ai pu comprendre que les étudiants infirmiers dits « adolescents » et les patients adolescents, avaient, semblerait-il, un point commun qui serait la vulnérabilité. C'est ce concept qui rendrait la relation compliquée, en plus d'une identification. Mais pourquoi cette identification ? Je souhaite connaître le ressenti des étudiants infirmiers lors de leur prise en charge d'adolescents malades.

¹³⁷ FORMARIER, Monique ; JOVIC, Ljiljana. Novembre 2012. P. 214

¹³⁸ PRAYEZ, Pascal. 2005. P.20

2.2.1.2 Choix de l'outil et des acteurs

Afin de réaliser mon enquête, j'ai choisi d'utiliser 3 entretiens semi-directifs, formels. Cette méthode d'enquête est dite quantitative et donc plus pertinente dans le cadre de mes recherches. Ceux-ci ont nécessité la réalisation d'un outil d'enquête. Pour cela, j'ai réalisé au préalable un guide d'entretien. Je décide de réaliser des entretiens, ceci me permettant d'obtenir le ressenti spontané de chaque personne interrogée lors d'un face à face. Ce moyen va également me permettre de relever des points communs et des différences entre les dires des personnes interrogées et faciliter mon analyse. Je choisis d'interroger des étudiants infirmiers de 3^{ème} année. En effet, ils ont à la fois une vision de novice, mais sont également vers la fin de l'acquisition de leur posture professionnelle, de part leur niveau de formation. Ils ont une vision différente de la relation soignant/soigné, plus aboutie et plus réfléchie qu'en début de cursus. Il faut que ces étudiants aient moins de 21 ans afin de me reprocher de mon objectif : la proximité d'âge entre le soignant et soigné avec l'adolescent. Je choisis également de retenir des étudiants ayant été confronté au moins une fois à des adolescents au cours de leur cursus de formation. Certaines des personnes interrogées auront réalisé un stage en psychiatrie adolescents durant leur formation. Ceci me permettra de connaître les éventuelles spécificités de la psychiatrie. Nous pourrons ainsi voir si c'est un facteur supplémentaire qui complexifie la relation soignant/soigné. J'exclurai donc les étudiants de 1^{ère} et 2^{ème} année, ceux ayant plus de 21 ans, ainsi que ceux n'ayant pas été confrontés à des adolescents lors de leurs stages. Tous les étudiants interrogés feront parti de mon IFSI. En effet, cela facilitera l'organisation de chacun et je ne pense pas que les réponses dépendront de la structure dans laquelle les étudiants étudient.

2.2.1.3 Déroulement des entretiens

J'ai tout d'abord réalisé un guide d'entretien, composé de questions ouvertes et fermées, que j'ai pu tester au préalable, sur des étudiants¹³⁹. Puis, à l'aide de ma directrice de mémoire, j'ai sélectionné les étudiants infirmiers de ma promotion répondant aux critères exposés dans ma méthode. Je les ai ensuite contactés par mail afin que cela se fasse sur la base du volontariat et ainsi de pouvoir convenir d'une date dans les jours suivants. Ces 3 entretiens se sont déroulés le même jour, à l'IFSI sur du temps personnel après nos cours. Les entretiens ont été enregistrés avec l'accord des étudiants concernés. Pour la suite de ce travail les étudiants interrogés ont été appelés ESI 1, ESI 2 et ESI 3. Les retranscriptions des

¹³⁹ Annexe 1

entretiens sont disponibles en annexe pour les ESI 1¹⁴⁰, 2¹⁴¹ et 3¹⁴². Ils ont été d'une durée chacun d'une quinzaine de minutes.

2.2.1.4 Limites et biais

J'évoquerais tout d'abord des problématiques organisationnelles. En effet, la partie concernant l'enquête exploratoire se situe au moment des vacances scolaires. Les différents emplois du temps (école et personnels) ont rendu complexe la planification d'un moment pour réaliser les 3 entretiens. J'ajouterais également que mes critères d'exclusion que je m'étais fixée nécessitant une recherche bien précise des ESI, n'était pas compatible dans le temps imparti, j'ai donc dû les restreindre et élargir certains critères.

2.2.2 Analyse

2.2.2.1 Analyse descriptive

Pour la suite de ce travail, les 3 étudiants infirmiers interrogés seront nommés ESI 1, ESI 2 et ESI 3. Ils sont tous âgés de 20 à 21 ans. Les ESI 2 et 3 sont allés en psychiatrie pour adolescents durant leur cursus, en plus d'avoir rencontrés des adolescents en pédiatrie générale. L'ESI 1 a uniquement rencontré des adolescents en psychiatrie lors de son stage aux urgences puisque celles-ci comportaient un secteur réservé aux urgences psychiatriques. Les patients venaient dans un contexte de crise (tentatives de suicide, bouffées délirantes aiguës).

2.2.2.1.1 Entre tutoiement et vouvoiement

2.2.2.1.1.1 En pédiatrie

Les ESI 2 et 3 sont les seules à être allées en pédiatrie générale lors de leur formation. Elles abordent la question du tutoiement et du vouvoiement avec facilité. Pour l'ESI 3, le tutoiement est « *une évidence* », de part leur proximité d'âge, ce que l'ESI 2 confirme « *c'est plus adapté dans ce service* ». Pour l'ESI 3, « *moi je tutoie quelqu'un qui a mon âge* ».

2.2.2.1.1.2 En psychiatrie

Pour l'ESI 3, le vouvoiement est obligatoire, il lui a été imposé par les professionnels de santé et elle l'accepte, disant « *s'y être faite* » et affirmant que c'est le service qui veut cela. Pour l'ESI 2, le vouvoiement lui a été fortement conseillé par les professionnels de santé, mais non imposé. Elle l'a choisi puisqu'elle pense que cela est nécessaire au vu de sa

¹⁴⁰ Annexe 2

¹⁴¹ Annexe 3

¹⁴² Annexe 4

proximité d'âge avec les adolescents, de son statut d'étudiant, de son inexpérience dans ce service et parce que c'est de la psychiatrie. Elle l'utilise également puisqu'elle n'avait « *pas la blouse pour faire la distance* ». Toutes deux s'accordent à dire que le vouvoiement permet de mettre une distance entre eux et l'adolescent et ainsi conserver un cadre. Pour l'ESI 2, la distance c'est « *la place à laquelle ils vont te percevoir justement comme une professionnelle* ». Malgré tout, elles ajoutent toutes deux que cela n'est pas naturel pour elle de vouvoyer un patient de son âge. Pour l'ESI 3, « *on est quand même en psychiatrie, ce n'est pas des pathologies légères donc vraiment il fallait marquer une certaine distance avec eux* ».

L'ESI 1 qui n'a été confrontée à des adolescents en psychiatrie qu'aux urgences, avoue les tutoyer. Selon elle cela « *instaure le contact plus facilement* ». L'ESI 2 et 3 mettent donc en avant que le fonctionnement de la psychiatrie est différent d'un autre service, puisque principalement axé sur le côté relationnel. Tandis que pour l'ESI 1, tutoyer le patient c'est enlever « *notre barrière de soignant pour l'aider dans sa détresse* », afin de le mettre à distance.

2.2.2.1.2 Adapter sa posture professionnelle de futur soignant

L'ESI 3 pense que la posture du soignant « *influence sur le reste de la relation* ». En effet, il y a un risque « *de copinage* » (ESI 2 et 3), à cause de l'âge du soignant et du soigné et « *après on a plus d'autorité* » (ESI 2), avec une possible perte de crédibilité de l'étudiant (ESI 1, 2 et 3). Pour l'ESI 2 et 3, avoir le même âge est une difficulté supplémentaire pour leur posture de futures soignantes. L'ESI 2 dit ne pas se mettre à leur place puisqu'ils n'ont pas les mêmes problèmes. Cependant, l'ESI 1 et 3 ont dit s'être identifiées et tournent cela à leur avantage. Avoir le même âge permet d'avoir un langage commun, les mêmes centres d'intérêt (ESI 3). Pour l'ESI 2 et 3, cela est malgré tout facilitant puisque cela permet une meilleure compréhension du patient. S'identifier à l'autre peut donc être un avantage dans la relation soignant/soigné et pas seulement un inconvénient.

2.2.2.1.3 Etudiants infirmiers face aux adolescents : un manque de connaissances ?

L'ESI 3 parle implicitement d'un manque de connaissances du fonctionnement des adolescents et de son inexpérience dans le service puisqu'elle fait remarquer, « *je ne savais pas ce que j'ai le droit de dire, ce que j'ai pas le droit de dire, c'était assez compliqué* ». Evoquant également le « *mutisme de l'adolescent* », la mettant mal à l'aise et ne sachant quoi faire. Pour l'ESI 1, l'immaturation de l'étudiant infirmier est un inconvénient puisqu'il peut

éprouver des difficultés à être confronté à des personnes de son âge et ainsi à trouver une distance professionnelle adaptée.

2.2.2.1.4 Un impact sur la relation de confiance ?

Pour l'ESI 3, cette relation de confiance est plus dure à obtenir que chez les adultes et rend donc la prise en charge plus compliquée. Pour l'ESI 1, la proximité d'âge a permis d'instaurer un climat de confiance dans sa relation avec l'adolescent puisqu'elle ajoute « *j'étais beaucoup moins gênée parce que j'avais l'impression qu'il ne me jugeait pas* ». Elle dit en revanche avoir pu être gênée lors de certains soins, ceci pouvant mettre une distance dans la relation.

2.2.2.2 Analyse interprétative

2.2.2.2.1 La psychiatrie : des enjeux pour la relation soignant/soigné

Les 2 étudiantes allées en psychiatrie pour adolescents (ESI 2 et 3) s'accordent sur l'utilisation du vouvoiement. Le vouvoiement est utilisé comme une évidence pour « mettre de la distance », ce qui semble être en accord avec Prayez puisque cela « *marque un éloignement relationnel* »¹⁴³. L'adolescent agit par rapport à des normes. Comme le dit Aldès, lorsqu'il a des conduites à risque et qu'il dépasse les limites, cela se rapporte à ce qui est habituellement normal. La maladie psychiatrique peut être vue comme quelque chose d'anormal, puisque c'est un bouleversement dans l'évolution de l'adolescence vers l'adulte. Les ESI réalisant leur premier stage en milieu psychiatrique, se retrouvent face à l'inconnu, et l'inconnu fait souvent peur. Lorsque nous ne connaissons pas quelque chose, nous agissons parfois en fonction de préjugés. En effet, si nous regardons de plus près, la psychiatrie a souvent fait peur aux personnes, les personnes atteintes de maladies psychiatriques, souvent assimilées à la folie, à ce qui est incontrôlable. Elles évoquent cependant une difficulté à utiliser le vouvoiement, disant que cela n'est pas naturel au vu de la proximité d'âge, même si cette façon de communiquer est claire dans leur tête. En effet, on observe que l'ESI 2 a eu des difficultés dans la communication avec les adolescents, se mélangeant selon elle entre tutoiement et vouvoiement. Nous remarquons que cela peut être dû à un manque de connaissance, à son inexpérience. Ils sont donc d'accord avec Benner sur le fait que l'étudiant passe par le stade de novice avant de devenir infirmier. Les étudiants interrogés soulèvent, que l'étudiant infirmier, lors de ses stages peut, en fonction de son niveau de formation, avoir

¹⁴³ PRAYEZ, Pascal. 2005. P.116

un manque de connaissances et une immaturité qui le pénalisent dans la réalisation d'une relation de confiance. En effet, comme le dit Schindelholz, c'est en stage que l'étudiant « *interprète lui-même les apports théoriques reçus à l'institut de formation en soins infirmiers* ». Or la relation de confiance est « *l'acceptation par un individu de s'exposer à l'opportunisme de l'autre* »¹⁴⁴.

C'est uniquement en parlant de psychiatrie, que les ESI 2 et 3 évoquent la notion de « distance ». En effet, malgré la pathologie psychiatrique, les adolescents sont semblables aux autres non hospitalisés. Il est donc possible d'en oublier leur motif d'entrée et la raison pour laquelle ils sont présents. La façon de communiquer avec eux est donc primordiale et permet de leur rappeler que le soignant est là pour les aider, les accompagner, mais n'est pas leur ami. Or, avec cette proximité d'âge, il est parfois compliqué pour les adolescents, de ne pas franchir cette limite. Les étudiantes parlent de distance comme quelque chose de négatif, une barrière que l'on met entre le professionnel et le patient. L'utilisation du mot « barrière » et « distance » ensemble n'est pas anodin et montre bien que leur volonté est de mettre une limite physique entre le patient et eux-mêmes. Cela nous laisse penser que mettre de la distance physique est l'un des mécanismes de défense qu'elles utilisent pour ne pas laisser paraître leurs émotions ou s'identifier, de peur qu'elles ne soient plus vues comme des professionnelles mais comme des novices. Les étudiantes ne veulent pas rentrer dans une relation sympathique et préfèrent « mettre de la distance » comme elles disent afin de ne pas perdre leur crédibilité. Ceci étant cohérent puisque Jorland précise que la sympathie est « *la contagion des émotions* »¹⁴⁵. Leur barrière physique se retrouve dans leur communication et dans leur comportement. Cette façon de faire peut être liée à un manque de connaissances ou à des incompréhensions entre les notions de « distance » et de « proximité ». En effet, lors de la formation infirmière, il n'a jamais été question d'associer distance à barrière. Nous pouvons également nous demander si cela ne vient pas d'un besoin de montrer au patient que le soignant n'a pas les mêmes problèmes, de se convaincre et ainsi de lui montrer que la relation soignant/soigné est une relation asymétrique.

Comme le dit l'ESI 3, la psychiatrie est basée principalement sur un soin technique : le relationnel. En effet, l'adolescent atteint de troubles psychiatriques va avoir un travail de construction identitaire d'autant plus important qu'un adolescent qui n'est pas malade. Il est

¹⁴⁴ FORMARIER, Monique ; JOVIC, Ljiljana. Novembre 2012. P.115

¹⁴⁵ *Ibid.*, P.170

vrai que cette maladie « *s'oppose aux aspirations d'indépendance de l'adolescent ; au moment où il tente d'échapper peu à peu à l'autorité parentale, il reste soumis à une certaine autorité médicale* »¹⁴⁶. Le relationnel entre le patient et le soignant est donc très important et sera déterminant pour l'acceptation des soins de l'adolescent. C'est pourquoi, ce service est d'autant plus complexe pour un soignant qui se cherche personnellement.

L'ESI 2 a une vision intéressante du tutoiement. Lors de son entretien elle avançait qu'en psychiatrie, seuls les adultes pouvaient se permettre de tutoyer les patients. Elle sous-entend que pour utiliser le tutoiement il faut être professionnel. Mais pourquoi ? Nous pourrions penser qu'une fois professionnel de santé, le vouvoiement, utilisé comme mécanisme de défense, comme « carapace » n'a plus lieu d'être. Ce qui nous fait penser que le vouvoiement était utilisé en tant que mécanisme de défense, se confirme par la définition de Braconnier qui dit que c'est ce qui « *englobe tous les moyens utilisés par le moi pour maîtriser, contrôler, canaliser les dangers externes et internes* »¹⁴⁷. L'ESI met donc en avant que c'est le statut d'étudiant, et donc de novice, qui empêche l'utilisation du tutoiement et rend la relation complexe. Elle associe le tutoiement avec une certaine proximité du patient, comme quelque chose qui la rapproche et qui ne serait pas concevable car non maîtrisé par le manque d'expérience de l'étudiant.

2.2.2.2.2 En pédiatrie, une relation soignant/soigné différente

Sur les 2 étudiantes (ESI 2 et 3) étant allées en pédiatrie, le résultat est unanime, elles tutoient toutes les deux les adolescents. Cependant, les raisons et leur ressenti n'est pas le même. En pédiatrie, le tutoiement est utilisé comme une évidence pour l'ESI 3. En effet, le tutoiement envers quelqu'un de son âge renvoie à une relation que l'on retrouve dans la vie de tous les jours, ce qui permet de palier à un manque de connaissance dû au statut de novice. Pour l'ESI 2, cela est normal de tutoyer des personnes de son âge mais cela lui paraît peu naturel dans sa profession. Elle se rappelle que « *tout le monde les tutoyait de mémoire, ça aurait fait bizarre que je les vouvoie !* ». Encore une fois, le manque d'expérience de l'étudiante et la construction de son identité professionnelle, fait qu'elle se rapporte à l'expérience des infirmières du service, par mimétisme. Comme le disait Schindelholz, c'est grâce « *à l'échange et au travail avec d'autres professionnels* »¹⁴⁸, que l'étudiant crée sa

¹⁴⁶ MAZET, Philippe. 2004. P. 55

¹⁴⁷ FORMARIER, Monique ; JOVIC, Ljiljana. Novembre 2012. P. 214

¹⁴⁸ SCHINDELHOZ, Pascal. 2005. P. 59

propre identité professionnelle. D'après Prayez, le tutoiement est autorisé dans le cadre d'un patient enfant et d'un soignant adulte. Cependant, il se pose la question dans la situation du patient adolescent et de l'étudiant infirmier « adulescent », terme utilisé par Matrella. En effet, ces deux personnes se trouvent entre l'enfance et l'adolescence, engendrant une possible confusion entre relation d'empathie et relation de sympathie. C'est alors qu'entre en jeu la notion de distance, précédemment évoquée.

L'ESI 3 avance une notion encore non développée dans mon cadre conceptuel : celle de la durée de séjour. Elle semble affirmer que cette durée influence la qualité de la relation soignant/soigné. Dans ce type de service, les durées de séjour étant dans la plupart des cas relativement courtes, « *c'est moins grave si on fait une erreur dans le relationnel mais comme ils restent moins longtemps il y a moins d'impact qu'en psychiatrie* »¹⁴⁹. Cependant, Freud annonce que sans alliance thérapeutique entre les deux protagonistes, aucun soin de qualité ne peut être réellement fait. Nous pouvons en déduire que la posture qu'adopte le soignant est importante quelle que soit la durée de séjour. Plus la durée est courte, plus la relation de confiance doit être mise en place rapidement. En revanche, il est vraiment que plus la durée de séjour est grande, plus la relation soignant/soigné peut se modifier, évoluant vers de la sympathie. D'après Prayez, si le tutoiement n'est pas signe de camaraderie et qu'il inclue le respect entre le soignant et le soigné, il n'y a pas de raison de ne pas l'appliquer.

2.2.2.2.3 Les adolescents en service d'adultes : entre enfant et adulte

Les étudiants infirmiers sont amenés à voir des adolescents dans les services de pédiatrie, mais aussi dans certains services d'adultes. Ces étudiants se retrouvent comme l'ESI 1, perdus entre l'utilisation du vouvoiement habituel chez les adultes, et le tutoiement utilisé dans la vie personnelle. Nous notons donc une confusion entre la relation amicale et la relation professionnelle. Cela peut être due à un manque de connaissances et à un manque d'expérience, en lien avec statut novice de l'étudiant qui se rattache alors à une situation et à ce qu'il connaît en basculant ainsi de l'empathie à la sympathie, utilisant du vocabulaire tel que « *ce ne serait pas mon pote* »¹⁵⁰, « *on se faisait des blagues* »¹⁵¹. Il semblerait que la présence des parents complique la communication entre le patient et l'étudiant. En effet,

¹⁴⁹ Annexe 4

¹⁵⁰ Annexe 2

¹⁵¹ Annexe 2

l'étudiant utilise un moyen de communication différent qu'en l'absence des parents : le vouvoiement. Nous pouvons donc nous interroger sur ce changement. L'étudiant se retrouve dans une situation qu'il peut assimiler à la vie de tous les jours. Les parents semblent être une figure d'autorité et l'étudiant semble mal à l'aise face à cela, peur de se tromper, peur de mal faire. Malgré tout, l'étudiant est en cours de formation et apprend de ses erreurs mais il peut craindre une perte de crédibilité dans son rôle de soignant ou au contraire, vouloir s'affirmer comme quelqu'un de responsable. Tout cela fait écho à la construction identitaire de l'étudiant, aussi bien personnelle, que professionnelle, c'est-à-dire, sa co-identité. Il paraît évident que le soignant en devenir apparaît comme quelqu'un de vulnérable.

Chacun ayant sa justification à son moyen de communication. J'en déduis qu'il n'y a pas de bonne ou de mauvaise façon de faire, pas de règle, mais plutôt des recommandations ou des habitudes de service. Chacun doit s'adapter au patient face à lui et aux attentes du service dans lequel il se trouve.

2.2.2.2.4 La proximité d'âge : un avantage ?

La vulnérabilité de l'adolescent est un point à prendre en compte puisqu'il est entrain de construire sa propre personnalité (ESI 3). Ce qui est confirmé par Mazet qui insiste sur tous les changements physiques et psychologiques observables à l'adolescence, et facteurs de vulnérabilité. La proximité d'âge peut engendrer une identification du soignant sur le soigné mais aussi l'inverse (ESI 1). En effet, le soignant peut devenir un exemple au travers de sa posture de professionnel qu'il impose. Cette notion n'était pas développée dans mon cadre conceptuel. L'identification est donc bien comme le disait Morasz, un processus qui va permettre à l'étudiant de développer son empathie et de comprendre la personne face à lui. Elle peut être un avantage pour une meilleure compréhension du patient adolescent (ESI 1, 2, 3). Les étudiants mettent en avant le même langage, la même génération, les mêmes centres d'intérêts comme un avantage certain pour améliorer la qualité de la prise en charge (ESI 1, 2,3). D'après les eux, la relation de confiance étant plus complexe à obtenir qu'auprès de l'adulte, ces points communs entre les deux protagonistes peut permettre une première approche (ESI 3) et ainsi agir sur la relation soignant/soigné.

2.2.2.2.5 La proximité d'âge : un inconvénient ?

Pour les étudiants, le principal inconvénient de la proximité d'âge entre l'étudiant et l'adolescent se trouve dans le risque de « copinage ». Lorsqu'elles utilisent ce terme, il s'agit

en fait de la notion de relation de sympathie. Tout ce qui peut être un avantage, cité dans la partie précédente, peut également devenir un inconvénient. En effet, le manque d'expérience de l'étudiant peut le mettre en port-à-faux vis-à-vis des patients puisque leur proximité d'âge peut créer une gêne dans le fait que la relation patient/soignant devrait être asymétrique. Le soignant doit alors imposer un cadre à une personne de son âge, ce qui n'est pas toujours évident. Tout cela allant dans le sens de Prayez qui ajoute que l'étudiant peut « *avoir du mal à trouver sa place par rapport aux jeunes [...] proche en âge, dans la façon de communiquer* »¹⁵². Les étudiants ont peur de « s'identifier » aux patients, preuve que cette notion est peu connue et souvent mal interprétée puisque dans leurs entretiens, nous pouvons remarquer qu'elles s'identifient parfois inconsciemment aux patients et ce n'est pas toujours un inconvénient.

La proximité d'âge peut aussi être un facteur de gêne lors de certains soins, notamment lorsque l'on rentre dans l'intimité du patient, ou au contraire certains trouveront des mécanismes de défense afin de détourner la situation et la rendre plus agréable. En effet, nous avons pu voir grâce à Mazet, que l'adolescence est la période de la puberté, où l'adolescent découvre son nouveau corps. Nous pouvons donc dire qu'il est compliqué pour ce patient, de devoir s'exposer physiquement aux yeux des adultes. Si nous partons du principe que c'est l'étudiant infirmier « adolescent » qui rentre dans son intimité, ceci peut devenir encore plus gênant, ce qui renvoi les deux protagonistes à un phénomène d'identification, d'intimidation, et ne permettra pas d'effectuer la tâche souhaitée. En revanche, nous pouvons également imaginer que « l'adolescent » étant lui même passé par ses périodes, et étant un futur professionnel de santé, peut mettre à profit ses qualités d'empathie. Si cela n'est pas possible, il ne faut pas oublier qu'il vaut mieux déléguer, pour le bien être du patient et de l'étudiant.

2.2.2.3 Analyse critique de l'enquête

Si je fais le bilan de mon enquête, je pense que mon choix de l'outil est pertinent. Le guide d'entretien m'a permis d'obtenir le ressenti des étudiants infirmiers, ce que je souhaitais. Il m'a aussi permis de privilégier le face à face avec la personne interrogée, ce qui permet de pouvoir observer la personne et mieux cibler. Si je fais le bilan de cet outil, je pense qu'il aurait pu être affiné. J'aurais aimé voir apparaître le concept de vulnérabilité de

¹⁵² PRAYEZ, Pascal. 2005. P. 115

l'adolescent et de l'étudiant infirmier. Celui-ci n'ayant pas été identifié par les ESI. Cela vient-il d'une mauvaise formulation ? D'un manque de précision ? Je peux également ajouter que lorsque les ESI ont parlé à tour de rôle du concept de posture professionnelle, j'aurais dû leur demander ce qu'ils entendaient par là puisque j'ai observé lors de mon analyse que la définition ne devait pas être semblable, au vu de l'utilisation de ce mot-clef.

Si je reprends les critères d'inclusion et d'exclusion que j'ai choisi très ciblé, je pense que cela m'a apporté un plus, puisque j'ai pu en déduire que la psychiatrie est une spécificité à part entière. L'analyse m'a permis de dégager de nouveaux concepts, et m'amène à me poser de nouvelles questions.

Je rappellerai que l'objectif de ces entretiens était de savoir si la proximité du jeune âge entre soignant et soigné complexifie ou facilite la relation. Suite à ces 3 entretiens, je peux dire que mon objectif a été atteint. En effet, ils m'ont permis d'apporter des éléments qui me facilitent la compréhension et éclairent mes interrogations. Je dirai donc qu'il y a effectivement des avantages à cette proximité d'âge, mais aussi des inconvénients. L'identification soignant/soigné est une parfaite illustration de cette complexité. Il n'y a pas forcément de juste façon d'entrer en communication avec les adolescents, seulement des méthodes différentes, utilisées selon le professionnel de santé et en fonction du patient.

3 Problématique

Pour effectuer ce mémoire de fin d'études, je suis partie d'une situation vécue en stage pour laquelle j'ai rencontré des difficultés relationnelles avec un adolescent en psychiatrie. Suite à l'analyse de cette situation et à l'élaboration d'un questionnaire, j'ai pu identifier le problème, que j'ai ensuite généralisé. C'est à partir de là que j'ai construit ma question de départ. Pour rappel, celle-ci était « **En quoi la proximité de l'âge entre l'étudiant en soins infirmiers et l'adolescent en secteur psychiatrique, peut impacter la juste distance professionnelle indispensable à la création d'une alliance thérapeutique ?** ».

J'ai donc commencé par identifier les mots-clefs de cette question : proximité d'âge, adolescence, étudiant infirmier, psychiatrie, distance professionnelle, alliance thérapeutique. Ceux-ci m'ont ensuite aidé à trouver des lectures dans lesquelles divers auteurs donnaient

leurs différents points de vue. Ces lectures m'ont permis d'affirmer que la posture professionnelle que l'étudiant choisit, va avoir une influence sur la relation soignant/soigné. Cette dernière concerne l'attitude, le comportement, la communication que l'étudiant adopte lorsqu'il se comporte en professionnel de santé. La proximité d'âge qu'il a avec le patient risque de le faire basculer dans le copinage, il doit alors y prêter attention afin de rester professionnel et que cela n'influe pas négativement sur la prise en charge. La proximité d'âge pouvant être un avantage ou un inconvénient dans la construction de sa posture et identité professionnelle.

J'ai alors orienté mes recherches vers un nouveau concept en lien avec l'âge jeune des étudiants sortis tout juste de l'adolescence eux même : « l'adulescence ». Cette notion m'a permise de prendre en compte que l'étudiant infirmier est un novice professionnellement parlant, mais qu'il faut également prendre en compte sa personnalité, c'est-à-dire qu'il se trouve, tout comme le patient adolescent, dans une phase compliquée, située entre l'adolescence et l'âge adulte. C'est donc le moment dans lequel il construit son identité personnelle mais aussi son identité professionnelle. J'ai découvert que l'étudiant infirmier adulescent construit ainsi sa co-identité, facteur de difficulté lorsque l'on doit s'imposer en tant que futur professionnel. J'ai aussi pu mettre en lumière un point commun entre l'adolescent et l'ESI : la vulnérabilité, en lien avec la construction identitaire de chacun des protagonistes.

Suite à ces lectures, certaines de mes interrogations sont restées sans réponses, notamment le fait de comprendre si la proximité du jeune âge entre soignant et soigné complexifie ou facilite la relation soignant/soigné. J'ai décidé de réaliser une enquête qualitative, me permettant de confronter le résultat de mes lectures, à la pratique et au ressenti d'étudiants infirmiers de 3^{ème} année.

Mes 3 entretiens m'ont permis de confronter les différents avis de chacun et ainsi d'apporter d'autres éléments jusque-là inconnus. C'est grâce à ces entretiens, que j'ai pu constater que les étudiants se sentent concernés par cette problématique de la proximité de l'âge avec les personnes prises en charge et que chacun, de par sa singularité, se comporte différemment mais que les professionnels de santé qui nous encadrent ont un rôle important face à leurs difficultés. Ils m'ont permis de dégager que la proximité d'âge entre l'étudiant infirmier et le patient adolescent, comportait des avantages et des inconvénients. Parmi les

avantages identifiés, je note qu'être de la même génération peut aider sur la recherche de centres d'intérêts communs, ainsi faciliter la communication et favoriser la mise en place d'une relation de confiance. Paradoxalement, l'identification, concept souvent développé par les étudiants interrogées se trouve être autant bénéfique, qu'une difficulté, selon la situation. En effet, elle peut mener à une meilleure compréhension du patient, à de l'empathie chez le soignant et à contrario, provoquer de la gêne des deux côtés lors de certains soins. Il faut également savoir que l'identification peut être source de difficulté puisqu'il est plus compliqué de maintenir une relation soignant/soigné asymétrique et devoir imposer un cadre n'est pas facile. Concernant les inconvénients je peux faire part que la trop grande compréhension du patient peut faire passer le soignant non plus dans de l'empathie mais dans de la sympathie. La crédibilité de l'étudiant peut être mise à mal puisque devoir imposer un cadre lorsque l'on est trop proche du patient est complexe. Le patient est là pour être soigné et c'est ce qui risque d'en pâtir.

J'ai pu également découvrir la vision qu'avaient les étudiantes infirmières, de la distance professionnelle. En effet, elles assimilent distance et barrière physique avec le patient. Pourtant ce ne sont pas les enseignements qui ont été donnés à l'institut de soins infirmiers et ce n'est pas la définition que nombreux auteurs plébiscitent comme E.T Hall qui préfère le concept de « proxémie ». Mais alors, quelle est la place des professionnels de proximité lors des stages de l'étudiant, dans la transmission de cette posture de distance professionnelle, de juste distance?

Grâce à l'analyse de mes entretiens, j'ai également pu comprendre que la communication utilisée par les étudiantes était différente selon les services. En effet, en pédiatrie, les étudiantes tutoient instinctivement les adolescents, soit par mimétisme des infirmières, soit par parce qu'il leur paraît logique de tutoyer quelqu'un de leur âge. Dans tous les cas, je note que le statut de l'étudiant inexpérimenté à une place importante dans l'argumentation de ce choix de communication. Puisque l'étudiant novice retourne à ce qu'il connaît de la vie de tous les jours. Ne pouvons nous pas dire que nous infantilisons l'adolescent à lui parler comme à un enfant ? En revanche, dans un service d'adulte, la place de l'adolescente est plus complexe. Il se retrouve parmi les adultes mais alors, devons-nous s'adresser à lui comme tel ? Ce qui a le plus attiré mon attention fut l'utilisation du vouvoiement en psychiatrie. En effet, les étudiantes interrogées ont immédiatement soulevé le

fait qu'elles vouvoient les adolescents même si cela était peu naturel. Elles ont assimilé la distance professionnelle à une barrière physique qu'elles mettent avec le patient. J'ai alors pu me poser la question et mettre en lien une éventuelle peur de la maladie psychiatrique avec cet éloignement physique du patient. Mais pourquoi ? Est-ce facilitant ? Cela leur permet-il de mieux gérer leurs émotions ? Est-ce un moyen de contrer une identification ? Un moyen de se protéger ? Y a-t-il un lien avec leur construction identitaire ? J'ai donc décidé de cibler la suite de mon travail sur ce sujet.

Toute cette démarche m'a permise de conserver la même population cible : les étudiants infirmiers et les adolescents, mais aussi de conserver le champ d'action de la psychiatrie, puisque c'est ce qui a continué d'attirer mon attention à la suite de mon analyse lors de ma phase exploratoire. Le jeune étudiant infirmier avec proximité d'âge du patient adolescent est devenu l'étudiant infirmier « adulescent », supposant donc la proximité d'âge et précisant l'ambiguïté de l'âge de l'étudiant entre l'adolescence et l'âge adulte.

Mon objectif de recherche est à présent de savoir si l'utilisation du vouvoiement entre le patient adolescent et l'étudiant infirmier adulescent, est facilitante pour leur construction identitaire respective. En effet, nous avons vu que l'adolescent est en passage de l'enfance à l'âge adulte et donc en pleine construction identitaire. Cette dernière pouvant être bouleversée par la découverte d'une maladie psychiatrique majorant la complexité de la relation soignant/soigné, le rendant vulnérable. Je peux faire le parallèle avec l'étudiant adulescent, également considéré comme vulnérable, dans une période entre l'adolescence et l'âge adulte, pendant laquelle il doit finir de construire son identité personnelle et surtout professionnelle.

4 Question/Hypothèse de recherche

Tout ce cheminement, et cette réflexion au sujet du tutoiement et du vouvoiement, ainsi que de la spécificité de la psychiatrie, me permet donc d'arriver à la question de recherche suivante : **En quoi l'utilisation du vouvoiement du patient adolescent par l'étudiant infirmier adulescent en psychiatrie, peut-elle être facilitante pour leur construction identitaire respective ?**

Conclusion

Travailler sur la proximité en âge entre étudiants et patient adolescent en psychiatrie, m'a conduit à identifier des points communs entre ces acteurs : vulnérabilité et construction identitaire, qu'elle soit dans le passage de l'enfance à l'âge adulte ou dans la professionnalisation. A l'adolescence, il est beaucoup question de respect des normes et de normalité. La présence d'une maladie psychiatrique, pouvant être considérée comme un rapport à la norme différent peut donc complexifier sa construction identitaire. L'étudiant peut ne pas avoir terminé la construction de son identité personnelle mais surtout de son identité professionnelle qu'il va développer tout au long de ses stages, grâce à l'interaction avec les divers professionnels de santé. Il se retrouve donc face à une construction co-identitaire et semble lui aussi vulnérable. Lors des stages, les professionnels de santé, dont les infirmiers, contribuent à la construction de l'identité professionnelle de l'étudiant. Je me demande d'ailleurs quelle est la place des soignants dans l'accompagnement de l'étudiant vers sa professionnalisation ? L'intérêt de ce travail pour la profession infirmière se trouve donc principalement au niveau de l'encadrement.

Mon travail m'a conduit à prendre conscience de la complexité du rapport entre étudiant et patient dans ces circonstances : la proximité en âge présente à la fois des avantages et des inconvénients. L'identification peut être utilisée comme un bénéfice pour la relation soignant/soigné en apportant une meilleure compréhension du patient, facilitant la communication et pouvant créer une relation de confiance indispensable, plus difficile à obtenir que chez les adultes. Cette identification peut être contournée par le soignant grâce à l'utilisation de mécanismes de défense. Une trop grande proximité physique ou psychologique avec le patient risquerait de faire tomber l'étudiant dans la sympathie. Cependant, la question du tutoiement et du vouvoiement est une préoccupation majeure de l'étudiant infirmier lorsqu'il se retrouve face à un adolescent, preuve que l'ESI cherche sans cesse à faire de son mieux, mais qu'il manque aussi parfois de connaissances. Chaque soignant agit différemment selon sa co-identité. Il n'y a pas pour autant de mauvaise façon de faire, il faut cependant réussir à créer une relation de confiance, menant indiscutablement à une alliance thérapeutique indispensable pour une prise en charge optimisée.

Si j'envisageais de poursuivre mon travail à l'aide de cette question de recherche, je m'orienterais vers l'utilisation de plusieurs mots-clefs : vouvoiement, patient adolescent, étudiant infirmier adolescent, psychiatrie, construction identitaire. Je me questionnerais sur la représentation de la psychiatrie et de la maladie psychique pour l'étudiant infirmier tout en me demandant, quel est l'intérêt pour l'étudiant de vouvoyer l'adolescent en psychiatrie, quelles sont les représentations du vouvoiement, ce que cela implique dans une relation soignant/soigné et bien sûr quelle est la place de la construction identitaire respective de l'étudiant et de l'adolescent dans le choix de la communication et plus précisément, de l'utilisation du vouvoiement ?

Pour terminer, ces nouvelles connaissances me seront bénéfiques lors de ma pratique infirmière puisqu'elles sont en lien avec mon projet professionnel, exercer auprès d'enfants et d'adolescents. Désormais, je cible mieux ce qu'est l'adolescence, pas seulement « une tranche d'âge » mais une période pendant laquelle la communication peut être compliquée et qu'il est donc important d'adapter sa posture professionnelle. Même si ce mémoire était centré sur l'étudiant infirmier et que j'évoque à présent ma future pratique professionnelle, je pense que toutes les connaissances en lien avec la proximité d'âge acquises au fil de ce travail, resteront présentes. Je pourrai donc m'en servir comme un atout pour une meilleure compréhension de leurs difficultés, de leurs appréhensions et de leurs attentes.

Ce mémoire a été conçu avec beaucoup d'intérêt et d'implication, dans le but de mener une réflexion personnelle et professionnelle et vient donc finaliser ma formation. Ainsi, il m'a permis de participer à la création de ma propre co-identité.

Bibliographie

Textes législatifs et recommandations

Code de la santé publique. Arrêté du 3 juillet 2015 fixant le nombre d'étudiants à admettre en première année d'études préparatoires au diplôme d'Etat d'infirmier au titre de l'année scolaire 2015-2016 [en ligne]. Disponible à l'adresse : <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2016/7/18/AFSH1620277A/jo>

Code de la santé publique. Article 2. Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier. Version consolidée au 16 octobre 2016 [en ligne]. Disponible à l'adresse : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020961044>

Code de la santé publique. Article R4311-12. Règles liées à l'exercice de la profession d'infirmier. Chapitre 1^{er} : Règles liées à l'exercice de la profession [en ligne]. Disponible à l'adresse : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000021504079&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20150115>

Code de la santé publique. Article R4311-2. Règles liées à l'exercice de la profession d'infirmier. Section 1 : Actes professionnels [en ligne]. Disponible à l'adresse : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexteArticle.do?idArticle=JORFARTI000001651769&cidTexte=LEGITEXT000005822264&categorieLien=id>

Code de la santé publique. Article R4311-5. Règles liées à l'exercice de la profession d'infirmier. Section 1 : Actes professionnels [en ligne]. Disponible à l'adresse : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006913892>

Code de la santé publique. Article R4311-7. Règles liées à l'exercice de la profession d'infirmier. Section 1 : Actes professionnels [en ligne]. Disponible à l'adresse : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006913894&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=>

Haute autorité de santé. Enjeux et spécificités de la prise en charge des enfants et des adolescents en établissement de santé [en ligne]. Décembre 2011. Disponible à l'adresse : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-02/20120213_guide_pec_enfant_ado.pdf

Ministère des affaires sociales et de l'emploi. L'adolescent à l'hôpital : amélioration des conditions d'hospitalisation des adolescents. Circulaire DGS/DH [en ligne]. 16 mars 1988, n° 132. Disponible à l'adresse : <http://www.sparadrap.org/content/download/887/9333/version/2/file/Circulaire88.pdf>

Ministère des affaires sociales et de l'emploi. Bulletin officiel. Santé, protection sociale [en ligne]. Août 2009, n°7, p. 271, 287. Disponible à l'adresse : http://social-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2009/09-07/ste_20090007_0001_p000.pdf

Sites internet

AGENCE TECHNIQUE DE L'INFORMATION SUR L'HOSPITALISATION. *Chiffres clefs de l'hospitalisation* [en ligne]. 2015. Disponible à l'adresse : <http://www.atih.sante.fr/acces-aux-donnees/chiffres-cles-de-l-hospitalisation>

ECOLE NATIONALE DE LA SANTÉ PUBLIQUE. *La prise en charge sanitaire des adolescents* [en ligne]. 2000. Disponible à l'adresse : <http://www.bdsp.ehesp.fr/Fulltext/234271/>

GRIEPS. *Prendre en charge l'adolescent : qualité et juste distance relationnelle* [en ligne]. 2016. Disponible à l'adresse : <http://www.grieps.fr/formations-prendre-en-charge-l-adolescent-qualite-et-juste-distance-relationnelle-1882>

INSEE. *Population totale par sexe et âge au 1^{er} janvier 2016, France* [en ligne]. 2015. Disponible à l'adresse : http://www.insee.fr/fr/themes/detail.asp?reg_id=0&ref_id=bilan-demo&page=donnees-detaillees/bilan-demo/pop_age2b.htm

MALIKA SURBLED. *Enquête DREES : qui sont les étudiants en soins infirmiers ?* [en ligne]. Janvier 2016. Disponible à l'adresse : <http://www.actusoins.com/271730/enquete-drees-qui-sont-les-etudiants-en-soins-infirmiers.html>

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. Développement des adolescents. Disponible à l'adresse : http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/fr/

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. *Le défi des maladies chroniques*. 2005. Disponible à l'adresse : http://www.who.int/chp/knowledge/publications/workforce_report_fre.pdf

Ouvrages

BEDIN, Véronique. *Qu'est ce que l'adolescence ?* Auxerre : SCIENCES HUMAINES, avril 2009. ISBN : 9782912601728.

DEBRAY, Quentin. *Soins infirmiers aux adolescents et aux adultes atteints de troubles psychiatriques*. Paris : MASSON, 1997. ISBN : 2225830703.

DESHAYS, Catherine. *Trouver la bonne distance avec l'autre grâce au curseur relationnel*. Paris : BROCHÉ, 2013. ISBN : 9782729613112.

DUMONT, Jean-Pierre ; DUNEZAT, Philippe ; LE DEZ-ALEXANDRE, Maryline ; PROUFF Jacques. *Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*. Tome 2. Paris : BROCHÉ, 2002. ISBN : 9782853851572.

FORMARIER, Monique et JOVIC, Ljiljana. *Les concepts en soins infirmiers*. Lyon : MALLET CONSEIL, 2012. ISBN : 9782953331134.

MANOUKIAN, Alexandre et MASSEBOEUF Anne. *La relation soignant-soigné*. Paris : LAMARRE, 2015. ISBN : 9782757307540.

MAZET, Philippe. *Difficultés et troubles à l'adolescence*. Paris : MASSON, 2004. ISBN : 9782294015984.

MORASZ Laurent. *L'infirmière en psychiatrie, les grands principes du soin en psychiatrie*. Paris : MASSON, 2012. ISBN : 9782294102066.

PHANEUF, Margot. *La communication et la relation soignant-soigné. Vers l'utilisation thérapeutique de soi [en ligne]*. Avril 2012. Disponible à l'adresse : http://www.prendresoin.org/wp-content/uploads/2013/01/1ePartie_.pdf

PRAYEZ Pascal. *Distance professionnelle et qualité du soin*. Paris : LAMARRE, 2003. ISBN : 9782757303283.

PRAYEZ Pascal. *Julie ou l'aventure de la juste distance : une soignante en formation*. Paris : LAMARRE, 2005. ISBN : 9782850309618.

Articles

ALTER, Norbert. Quelle autre mobilisation ? *Revue du Mauss*, 2002, n°20. ISSN : 9782707138767.

ANATRELLA Tony. Les « adulescents ». *Etudes*, 2003, tome 399.

BASTIAN, Joëlle ; VALDEYRON, Jean-Luc et VAQUIER, Véronique. De la relation de confiance à l'alliance thérapeutique. *Recherche en soins infirmiers*, 2001, n°82, p. 93-98. ISSN : 02972964.

BENMUSSA, Stéphanie et LE MALEFAN, Pascal. Etre élève infirmier en psychiatrie et finir son adolescence. *Vie sociale et traitements*, 2008, n°100, p. 82-89. ISSN : 9782749209432.

CHARAZAC Marguerite. Alliance thérapeutique et empathie. *Santé mentale*, septembre 2011, n°158, p. 82-86. ISSN : 1273-7208

DREES. Les étudiants en soins infirmiers en 2004. *Etudes et résultats* [en ligne]. Janvier 2006, N° 458, p.2. Disponible à l'adresse : <http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er458.pdf>

GODEAU Pierre. *Vulnérabilité : un concept d'avenir ?* [en ligne]. Disponible à l'adresse : <http://www.institut-servier.com/download/vv/2.pdf>

LANGLOIS, Géraldine. De l'émotion dans le soin. *L'infirmière magazine*, août 2010, n°262, P.22-26

NARDIN, Roland. Trouver la juste distance thérapeutique. *Aide-soignante*, février 2012, n°134, p. 9-10.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. Troubles mentaux [en ligne]. Aide-mémoire, avril 2017, n°396. Disponible à l'adresse : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs396/fr/>

RIOULT, Catherine. La juste distance : l'intimité de la relation soignant/soigné. *Soins*, 2001, n°652, p. 37-39. ISSN : 0038-0814.

SCHINDELHOLZ Pascal. L'identité infirmière existe-elle ? *Soins cadres*, février 2006, n° 57, p.58-60. ISSN : 0183-2980

SCHINDELHOLZ Pascal. L'identité professionnelle infirmière : un concept à l'épreuve de la pratique. *Objectif soins*, 2005, n° 133, p. 14-16. ISSN : 1163-4634

TREGOUET Stéphane. Pour une éthique de l'engagement en psychiatrie. *Soins psychiatrie*, 2010, n° 270, p. 24-26.

Autres

COSTES, Nathalie ; HAMON Florence. UE 4.2 : Soins relationnels. *La complexité de la relation*. 2016. P.20.

Annexe I : Guide d'entretien

Introduction :

Etudiante infirmière de 3^{ème} année, je dois réaliser un travail dans le cadre de mon mémoire de fin d'étude, celui-ci portant sur la prise en charge des adolescents en psychiatrie. Afin de faciliter la retranscription de l'entretien, je vous demande l'autorisation de l'enregistrer.

Objectif :

Ce que je veux savoir c'est si la proximité du jeune âge entre soignant et soigné complexifie ou facilite la relation. Je souhaite connaître le ressenti des étudiants infirmiers lors de leur prise en charge d'adolescents malades.

Questions :

1. Quel est votre parcours de stage ?
2. Racontez-moi votre 1^{ère} expérience de prise en charge d'un adolescent malade.
 - A quel niveau de formation étiez-vous ?
 - Quel âge aviez-vous ?
 - Dans quel service ?
 - Avez-vous rencontré des difficultés, si oui quoi ? Pourquoi ? Y a-t-il eu des conséquences sur la prise en charge ?
3. Avez-vous vécu différemment la prise en charge d'un adolescent que d'un adulte (au niveau relationnel) ?
 - Si oui, pourquoi ?
 - Voyez-vous des avantages ou des inconvénients de travailler auprès des adolescents lorsque l'on est un jeune étudiant ?
 - Qu'avez-vous ressenti face à un adolescent ?
 - Comment vous êtes-vous comporté ? Dans la façon de communiquer ? Les émotions ?

Annexe II : Verbatim de l'entretien n°1 avec l'ESI 1

Introduction :

Etudiante infirmière de 3^{ème} année, je dois réaliser un travail dans le cadre de mon mémoire de fin d'études, celui-ci portant sur la prise en charge des adolescent. Afin de faciliter la retranscription de l'entretien, je te demande l'autorisation de l'enregistrer. Je précise également que cet entretien sera utilisé de manière anonyme.

1. Quel a été ton parcours de stage ?

« Alors je suis allée en soins de suite et palliatif, en EHPAD (Etablissement pour personnes âgées dépendantes), en chirurgie orthopédique, en psychiatrie adulte en secteur fermé, aux urgences (pédiatriques, psychiatriques), en réanimation néonatale, en cardiologie, et en gastrologie. »

2. Raconte moi ta première expérience de prise en charge avec un adolescent malade.

« J'étais en chirurgie orthopédique, j'ai pris en charge un jeune homme de 17 ans et qu'est ce que je peux te dire d'autre... »

A quel niveau de formation étais-tu ?

« J'étais en début de 2^{ème} année. »

Et quel âge avais-tu ?

« J'avais la vingtaine. »

Très bien... et as-tu rencontré des difficultés face à cet adolescent ?

« Ah oui ! Ma plus grosse difficulté était que je ne savais pas s'il fallait que je le tutoie ou que je le vouvoie. Je ne savais pas comment me comporter. Quand ses parents étaient là je le vouvoyais, mais lui me tutoyait aussi spontanément. Et du coup je pense aussi que je le tutoyais aussi quand on était que tous les deux parce qu'il me parlait comme à une pote. »

Et toi tu te comportais comment face à ça ?

« Je ne savais pas comment faire. Quand j'étais observée j'utilisais le vouvoiement et une attitude professionnelle et quand on était que tous les deux je le tutoyais et je lui parlais comme si c'était un ami. »

Et avec du recul aujourd'hui tu réagiras différemment ?

« Je garderais une posture professionnelle et surtout la distance qu'il faut, ce ne serait pas mon pote et je le vouvoierais. »

La distance qu'il faut ?

« On se faisait des blagues et ce sont des choses qu'on ne ferait pas du tout. Avec l'expérience, je pense qu'il ne devait pas me prendre comme une vraie soignante et qu'on perd un peu en crédibilité. »

Pourquoi vous comportiez-vous tous les deux comme ça ?

« Le fait qu'on ait peu d'écart d'âge, pour moi je projette le fait que ce soit comme un ami. Je n'avais pas cette notion de patient/soignant. Comme c'était sa première expérience à l'hôpital, j'étais peut être une figure rassurante. A cause de notre âge proche, je m'identifiais un peu à lui. »

Et y a t-il eu des conséquences sur ta prise en charge ?

« Aucune de mon côté mais il venait plus vers moi, je pense que j'étais sa figure de confiance et que ça excluait peut être le reste de l'équipe. Dès qu'il y avait un truc à faire avec lui, je le faisais. »

3. As-tu vécu différemment la prise en charge d'un adolescent que d'un adulte au niveau relationnel ?

« Oui, je m'identifiais à lui et du coup je le prenais comme un ami, ce que je ne ferais pas avec un adulte. J'étais beaucoup moins gênée parce que j'avais l'impression qu'il ne me jugeait pas. Le fait d'avoir le même âge instaure un climat de confiance. Je pense aussi que l'adolescent est dans une période complexe qui rend la prise en charge plus compliquée, il est je sais pas... plus vulnérable au milieu extérieur je dirais... Il construit sa propre personnalité et se retrouve hospitalisé dans un monde qu'il ne connaît probablement pas. Il se retrouve confronté à une possible perte d'autonomie et ça peut être compliqué à accepter. »

Vois-tu des avantages et des inconvénients à travailler auprès d'adolescents lorsque l'on est un jeune étudiant ?

« Alors en avantages je pense que ça met plus en confiance et on est plus à l'aise du coup même si on fait une erreur on le prend à la rigolade et on apprend sereinement. Cependant il y a aussi des inconvénients. Je me dis qu'on est encore trop immature pour trouver tout de suite la juste distance à avoir, comment se positionner en tant que professionnel. De base, on a déjà du mal à trouver sa posture de soignant, du coup ça rajoute une difficulté. Je pense

aussi que l'on peut rencontrer de la gêne dans certaines situations à cause de la proximité d'âge et de la proximité parfois nécessaire dans les soins. »

Et lors de ton stage aux urgences pédiatriques. As-tu été confronté à des adolescents ? Si oui, comment te comportais-tu avec eux ?

« Aux urgences psychiatriques, je tutoyais les adolescents. En psychiatrie, ils sont en crise alors le tutoiement permet d'enlever le côté « hôpital/institution » et le jeune psy s'identifie plus et on est davantage en confiance. On enlève notre barrière de soignant pour l'aider dans sa détresse et avec les adolescents je trouve que ça instaure le contact plus facilement. »

As-tu d'autres choses à rajouter ?

« Non je pense avoir tout dit. »

Merci beaucoup d'avoir accepté de m'accorder du temps pour cet entretien.

« C'était avec plaisir ! »

Annexe III : Verbatim de l'entretien n°2 avec l'ESI 2

Introduction :

Etudiante infirmière de 3^{ème} année, je dois réaliser un travail dans le cadre de mon mémoire de fin d'études, celui-ci portant sur la prise en charge des adolescents. Afin de faciliter la retranscription de l'entretien, je te demande l'autorisation de l'enregistrer. Je précise également que cet entretien sera utilisé de manière anonyme.

1. Quel est ton parcours de stage ?

« En premier j'ai fait l'EHPAD en unité Alzheimer, après j'ai fait la cardiologie ici, après je crois que j'ai fait la psychiatrie adolescents, après j'ai du faire la salle de naissance, MPR de nuit, de la néonatalité, de l'oncologie, la PMI, la pédiatrie. »

2. Ma deuxième question sera, raconte moi ta 1^{ère} expérience de prise en charge d'un adolescent malade.

« Je pense que ça devait être en stage en psychiatrie pour adolescents, j'imagine que c'était la première fois où j'étais confrontée à des adolescents. »

T'étais en première année du coup ?

« Oui, dernier stage. De ce que je me souviens, la chose qui m'a le plus pas dérangé mais pour laquelle j'ai eu du mal c'est qu'ils avaient entre 14 et 19 ans et pendant ce stage là, moi, j'avais 19 ans. Et j'avais beaucoup de mal avec le tutoiement, le vouvoiement et j'arrivais pas à me positionner et je m'obligeais à les vouvoyer pour mettre la distance mais quand je commençais à leur parler de manière un peu naturel, je faisais n'importe quoi, je mettais du tutoiement, du vouvoiement, je me mélangeais. J'étais gênée de faire ça mais j'avais beaucoup de mal à rester sur le vouvoiement avec des personnes qui avaient mon âge et qui savaient que j'avais le même âge qu'eux. En plus de ça, en psychiatrie, on a pas la blouse pour faire la distance du coup vraiment j'avais du mal sur la posture etc., j'essayais par mon vocabulaire de mettre la distance mais c'est pas facile. C'est la difficulté dont je me souviens le plus comme ça à la rigueur avec du recul, ce qui me marque le plus. »

Est-ce que ça a eu des conséquences après sur la prise en charge ?

« Non non je pense pas fin, à un moment donné y a une des patientes qui a dit « mais moi ça me dérange pas si vous me tutoyez ». Après non, il fallait vraiment les limites. »

Et c'est quoi qui imposait le vouvoiement ?

« C'est le service et la proximité d'âge. Je me souviens qu'il y avait une personne qui travaillait là bas en psychiatrie qui les tutoyait, mais elle était plus âgée, elle avait pas besoin de passer par le vouvoiement pour mettre cette distance. »

A plusieurs reprises tu parles de « mettre de la distance », mais pour toi, qu'est-ce que cela signifie ?

« Et bien, pour les adolescents, c'est la place à laquelle ils vont te percevoir justement comme une professionnelle et pas comme une amie. C'est la distance qui fait que le patient va pas nous raconter sa vie mais que s'il ressent le besoin, il sait quand même qu'il peut se confier à nous. Il nous associe du coup à de la bienveillance, et au secret professionnel. »

Très bien, et du coup tu penses que le vouvoiement t'aidait à mettre une distance ?

« Je pense que moi j'en avais besoin et les infirmières qui m'encadraient me le conseillaient très très fortement. C'était plus qu'un conseil, c'était pour moi vraiment mieux de les vouvoyer même si c'était pas une obligation dans le service. Mais par rapport à mon statut de stagiaire, mon âge, mon inexpérience dans le service, j'étais en quelque sorte obligée de les vouvoyer. »

3. As-tu vécu différemment la prise en charge d'un adolescent que d'un adulte, au niveau relationnel ?

« Ah oui, c'est sûr ! En psychiatrie c'est beaucoup de relationnel, parce qu'au niveau des soins, je pense que la prise en charge est plus similaire. Parce que voilà on explique plus les soins avec un vocabulaire adapté selon l'âge. Mais en psychiatrie dans mon cas, c'était très différent. On utilise une conversation lambda comme médiateur pour voir leur état à un moment précis donc on ne va pas utiliser les mêmes sujets de conversation, ils n'ont pas du tout les mêmes centres d'intérêt. Je me souviens qu'un jour j'ai retrouvé un adolescent avec une adolescente dans la même chambre, c'est pas les mêmes problèmes qui se posent à l'adolescence et à l'âge adulte, c'est pas les mêmes réflexions et c'est à prendre en compte dans la prise en charge. »

Est-ce qu'il y a eu quelque chose de particulier dans ta façon de communiquer à part le tutoiement ou le vouvoiement ? Ton ressenti quand t'étais en face d'eux ?

« Parfois ça débordait de leur côté, pas de mon côté. C'était clair, c'était des patients, je savais très bien pourquoi ils étaient là chacun, clairement c'était des patients. On avait le même âge mais moi j'avais pas les mêmes problèmes qu'eux donc je me mettais pas trop à leur place non plus. Mais de leur côté je me souviens, y a un jeune qui voulait me faire des « check », mais je le regardais je lui disais à non pas avec moi ! Il pouvait le faire avec les autres mais pas avec moi. C'est vrai que parfois oui ils essayaient un peu de faire copains,

copines mais moi j'étais un peu rabat-joie. Parce qu'après on a plus d'autorité, on a plus rien, c'est plus possible. Ils essayaient pas qu'avec moi en même temps donc c'est peut-être le fait d'être adolescent et de faire copains, copines, pas forcément parce que j'ai le même âge. Mais de mon côté ça facilite qu'ils aient le même âge parce que du coup on est plus ou moins de la même génération et du coup ce que je vais pouvoir leur dire ce sera peut-être plus pertinent que quelqu'un de 40 ans qui n'est plus de la même génération. On va peut-être mieux se comprendre sur des codes identiques. Ils regardaient tous la télé réalité et même si je regarde pas, je connais. »

Et du coup tu voyais des inconvénients à avoir le même âge ?

« C'est quand même plus dur d'avoir justement cette autorité et il faut soit même être déjà assez rigoureux pour pouvoir faire face à ça je pense. J'assistais à des entretiens avec leurs parents, le psychiatre, si j'ai le même âge, je suis pas comme sa copine, son frère ou sa sœur, je suis vraiment dans un rôle de professionnel. Je pense qu'il faut avoir le recul nécessaire pour rester à sa place mais c'est un peu plus difficile d'avoir le même âge. Fin surtout, des jeunes. Si on a 40 ans avec un patient de 40 ans je pense pas que ce soit très gênant, c'est plutôt quand on est jeune. Mais au final j'avais peut-être plus d'appréhension, ça s'est pas si mal passé que ça fin je pensais que ça serait plus difficile que ça. Il suffit vraiment de rester dans sa position de professionnel, de son statut, on est pas patient, on est étudiante infirmière, on sait pourquoi on est là et au final y a des difficultés mais plus petites que ce que je ne pensais. »

Tu m'as dit tout à l'heure qu'en psychiatrie tu vouvoyais les patients, mais en pédiatrie alors ?

« Je me forçais à les tutoyer, je pense que le tutoiement est plus adapté dans ce service, même chez les adolescents. Je pense que ça me rendait plus crédible aussi, ça me grandissait un peu. Tout le monde les tutoyait de mémoire, ça aurait fait bizarre que je les vouvoie ! »

As-tu d'autres choses à rajouter ?

« C'est bon pour moi ! »

Merci beaucoup d'avoir accepté de m'accorder du temps pour cet entretien.

« Merci à toi. »

Annexe IV : Verbatim de l'entretien n°3 avec l'ESI 3

Introduction :

Etudiante infirmière de 3^{ème} année, je dois réaliser un travail dans le cadre de mon mémoire de fin d'études, celui-ci portant sur la prise en charge des adolescents. Afin de faciliter la retranscription de l'entretien, je te demande l'autorisation de l'enregistrer. Je précise également que cet entretien sera utilisé de manière anonyme.

1. Alors la première question c'est quel est ton parcours de stage ?

« J'ai fait beaucoup de stages au niveau du pôle mère-enfant, maternité, pédiatrie, crèche, psychiatrie de l'adolescent. Après tout ce qui est hors du pôle mère-enfant j'ai fait de l'USLD, l'UHCD, HDJ pluridisciplinaire, MPR, bloc opératoire/équipe d'hygiène. »

2. La prochaine question c'est raconte moi ta première expérience de prise en charge d'un adolescent malade.

« C'est très particulier parce que quand on m'a présenté au premier adolescent que je devais prendre en charge, il a refusé la prise en charge. C'était un adolescent psychotique, donc elle m'avait déjà expliqué que ça allait être un peu particulier (l'IDE), je ne savais pas exactement à quoi m'attendre mais elle (l'IDE) lui a dit « X. est ce que tu veux qu'A. te prenne en charge, tu as le droit de dire non ». Elle a bien insisté sur le fait qu'il avait le droit de dire non et à force d'insister, il a dit non mais surtout parce qu'il avait l'impression que c'était quelque chose de négatif d'être pris en charge par un étudiant. »

Donc la première fois que t'as pris en charge un adolescent c'était en psychiatrie de l'adolescent ?

« Ah oui enfin pris en charge un adolescent tout court ? Ah non c'était en pédiatrie, c'était une TS, donc forcément c'était compliqué au niveau de la prise en charge parce que moi même j'avais 18 ans donc au niveau du positionnement c'était assez particulier surtout que là bas on tutoyait alors qu'en psychiatrie de l'adolescent on refuse le tutoiement, c'est assez accès sur le vouvoiement, fin c'est même obligatoire. »

T'as eu du mal justement à utiliser le tutoiement en pédiatrie ?

« Non au contraire c'était une évidence parce que moi je tutoie quelqu'un qui a mon âge, fin qui a sensiblement mon âge parce qu'au final il avait 16 ans ou 17 ans, ils ont l'âge de mes frères et sœurs, donc moi c'était évident de les tutoyer. Par contre, quand je suis allée en

psychiatrie de l'adolescent, c'était pas compliqué parce qu'on m'a dit directement « il faut les vouvoyer » donc je suis partie sur cette lignée là mais c'est vrai que parfois vouvoyer des adolescents qui eux mêmes ont envie de nous tutoyer... je m'y suis faite. »

Et ils t'ont dit pourquoi il fallait particulièrement les vouvoyer en psychiatrie ?

« On m'a pas vraiment expliqué la raison mais je me doutais bien que c'était pour instaurer une certaine distance avec l'adolescent pour qu'il y ait quand même un certain cadre de poser. On est quand même en psychiatrie, en plus il s'agit de psychotiques, ce n'est pas des pathologies légères donc vraiment il fallait marquer une certaine distance avec eux »

Du coup dans la prise en charge de l'adolescent dont tu m'as parlé en pédiatrie, est-ce que t'as rencontré des difficultés ?

« La seule difficulté que j'ai en tête c'était le mutisme de l'adolescent, parfois il restait silencieux pendant... fin c'était un silence qui me mettait limite mal à l'aise et je ne savais même pas comment aborder tout ce qui était après TS. Je ne savais pas encore que l'adolescent doit remettre en question son geste, le critiquer plutôt. Et tout ça je ne savais pas et je ne savais pas quoi dire en fait parce que je me suis dit il vient de faire un truc grave... franchement j'avais du mal à me positionner avec ça parce que moi ça me choquait. Déjà moi par rapport au suicide, j'ai des craintes parce que ça fait peur. Et je ne savais pas ce que j'ai le droit de dire, ce que j'ai pas le droit de dire, c'était assez compliqué. »

3. Ma seconde question est est-ce que tu as vécu différemment la prise en charge d'un adolescent que d'un adulte au niveau relationnel ?

« Forcément y a une grande différence parce qu'avec l'adulte, on peut entre guillemets pas tout ce permettre mais on sait qu'on a un adulte en face et qu'au niveau des propose on va être relativement bien compris et surtout les adultes de manière général, savent se tenir. Alors que si avec un adolescent on ne travaille pas notre posture, on est un peu trop cool, directement ils peuvent prendre le pas sur nous et après ça influence sur le reste de la relation. Pas que ça influence pas sur l'adulte aussi mais plus particulièrement avec l'adolescent parce qu'ils sont dans une phase de leur vie où ils sont en train de se définir en tant que futur adulte, leur personnalité, leur caractère... Donc si on pose pas le cadre, ça peut facilement vriller donc il fallait faire doublement attention à sa posture quand on était avec un adolescent, qu'avec un adulte. Un adulte c'était beaucoup plus léger et plus fluide pour moi qu'envers un adolescent. Je devais penser à deux fois avant d'ouvrir ma bouche. »

Donc t'as vu des avantages et des inconvénients à travailler auprès d'eux ?

« Oui biensûr parce qu'avec les adolescents, eux, ont une certaine spontanéité dans ce qu'ils disent, leur manière d'être, qui n'est pas forcément la même qu'avec un adulte. Cependant, il

y a un risque de tomber dans le copinage et de ne plus avoir cette posture de professionnel et de perdre notre crédibilité. »

Comment t'es-tu comportée face à un adolescent ?

« En psychiatrie, c'est de la longue durée, il y a donc plus de risques de faire des écarts que dans un service de courte durée comme la pédiatrie. Je ne vais pas dire qu'en pédiatrie c'est moins grave si on fait une erreur dans le relationnel mais comme ils restent moins longtemps il y a moins d'impact qu'en psychiatrie, où ils restent longtemps ! On utilise le même langage avec notre même âge. On a une meilleure compréhension parce que je sors de l'adolescence, je sais ce que c'est. On a les mêmes centres d'intérêt. Je devais garder une certaine posture professionnelle, un certain cadre, c'est le lieu qui fait ça. Mais j'étais bien entourée par l'équipe donc il y avait moins de risques de faire des écarts. Une fois le tutoiement m'a échappé, l'adolescent de psychiatrie l'a remarqué et s'en est servi comme une brèche, une faille en me le remémorant « A, vous m'avez tutoyé ». »

Qu'as-tu ressenti face à un adolescent ?

« J'ai trouvé que la prise en charge était plus complexe parce que la relation de confiance est plus dure à obtenir que chez l'adulte. Elle se travaille sur plus longtemps. »

As-tu d'autres choses à rajouter ?

« Je pense avoir fait le tour ! »

Merci beaucoup d'avoir accepté de m'accorder du temps pour cet entretien.

« De rien ! »

RÉSUMÉ

Lors de leur formation, les étudiants infirmiers sont amenés à faire des stages aussi bien auprès d'adultes, que d'enfants. Ces derniers s'effectuent dans tout type de service, y compris en psychiatrie. Par ailleurs, la proximité d'âge rend la prise en charge des adolescents particulièrement compliquée.

Suite à ce constat, je souhaitais donc comprendre si le jeune âge de l'étudiant infirmier, joue un rôle dans la mise en place de la juste distance indispensable pour établir une alliance thérapeutique entre le soignant et l'adolescent en psychiatrie.

Afin d'affiner ma question de départ, j'ai commencé par sélectionner des concepts qui m'ont aidé à trouver des écrits professionnels. J'ai ensuite voulu connaître le ressenti des étudiants infirmiers sur les avantages et les inconvénients de la proximité d'âge sur la relation soignant/soigné. J'ai donc réalisé 3 entretiens auprès des étudiants de 3^{ème} année, en utilisant une grille d'entretien, réalisée au préalable. Ces discussions ont fait l'objet d'une retranscription puis d'une analyse croisée, afin de confronter la théorie à la pratique.

Il est ressorti de cette analyse que la relation soignant/soigné comporte des avantages comme l'identification. Cette dernière permet une meilleure compréhension de l'adolescent, facilitant la prise en charge. Cependant cette identification peut être également un inconvénient, ce qui amène les étudiants à assimiler distance professionnelle et barrière physique. L'inexpérience de l'étudiant rend la communication avec l'adolescent complexe. D'après les étudiantes, le tutoiement est privilégié en pédiatrie. En revanche, le vouvoiement est préféré en psychiatrie, sûrement par peur de la maladie psychiatrique.

J'en ai donc conclu que l'adolescent et l'étudiant infirmier avaient plusieurs points communs : la vulnérabilité et la construction identitaire. Ces deux variables amenant l'étudiant infirmier à vouvoyer l'adolescent en psychiatrie.

Mots-clés : étudiant infirmier, adolescent, relation soignant/soigné, novice, proximité d'âge

ABSTRACT

Students nurse are encouraged to perform any kind of training either with adults or adolescents and children. These trainings are performed in different sectors from general medicine to psychiatry. Adolescents are a significant part among patients and it is very tough to take care of these population in term of relation care act, especially for students who are the same age.

Therefore, I decided to explore this subject to see if the young age of students plays an important part in the establishment of the necessary distance between the student and his patient. This distance is an indispensable necessity to set a therapeutic alliance between the student and the adolescent patient in a psychiatry unit.

In order to enhanced my original question and to gain further insights into my issues, I started to select several concepts which helped me to find some written wrote by doctors and other specialists. Then I contrasted theories with practice performing 3 interviews with third year students through an interview grid.

What I found was that the caregiver/patient relationship involves advantages as the way the patient identifies himself to the caregiver or vis versa. The latter permits a better understanding of the adolescent, facilitating the care. However, this "identification" also involves drawbacks. For example, it leads the student nurse to assimilate professional detachment with physical barrier. The inexperience of the student leads to a tough/complex communication with the patient. According to students, the use of the "tu" form is preferred in ped units, whereas the "vous" form is required in psychiatric units even with adolescents. This can be explained by the fear of the "psychiatric disease".

This in turns leads me to conclude that the adolescent patient and the student nurse have several common points : the vulnerability and the identity development. Indeed, these two variables lead to use the "vous" form.

Keywords : student nurse, teenager, patient/nurse relationship, inexperience, close-in-age