

Eury Charles

Madame Camebourg
Conseillère de mémoire

Promotion 2010 – 2013

S'allier dans le changement

La relation soignant-soigné avec l'adolescent

Travail écrit de fin d'études pour l'obtention du diplôme d'État infirmier
Session de Juillet 2013

**Institut de Formation en Soins Infirmiers
Centre Hospitalier Universitaire
Avenue de la Côte de Nacre
14033 CAEN cedex 9**

Sommaire

1. Introduction	p.1
2. Motivations	
2.1 Motivations Personnelles	p.1
2.2 Motivations Professionnelles	p.2
3. Constats	
3.1 Premier constat	p.2
3.2 Deuxième constat	p.4
3.3 Synthèse	p.5
4. Exploration théorique	p.6
4.1 Le soin	p.6
4.2 La relation soignant-soigné	p.7
4.3 L'adolescence	p.9
4.4 Situation actuelle dans les services de soins	p.12
5. Recherche de terrain	p.13
5.1 Synthèse des réponses	p.14
5.1.1 Le concept d'adolescent	p.14
5.1.2 Le soin à l'adolescent	p.14
5.1.3 La relation à l'adolescent	p.15
5.2 Analyse des réponses	p.16
6. Problématique	p.17
7. Conclusion	p.18

Remerciements

Bibliographie

Annexes

1. Introduction

Dans toute situation de soin, un facteur constant est la relation. Elle s'établit dès le premier contact entre la personne soignée et le soignant, et va conditionner le ressenti et le vécu de l'hospitalisation pour la personne soignée d'une part, mais également pour le soignant. En effet, tous les soins que celui-ci apportera seront inscrits dans une relation soignant-soigné, qui peut ainsi influencer sur leurs qualités.

De plus, les relations interpersonnelles sont un élément clé de notre existence, et une période où celles-ci deviennent encore plus complexes est l'adolescence. Cette complexité peut dès lors apparaître lors de l'hospitalisation d'un adolescent, mais qu'en est-il réellement ? C'est ce thème que nous allons aborder dans ce travail de fin d'étude.

Après avoir présenté mes motivations pour le choix de ce sujet, nous verrons les deux situations de soins qui m'ont amené à réfléchir à ce thème. Nous présenterons alors le cheminement jusqu'à la question de départ, puis nous aborderons l'exploration théorique du sujet, ainsi que l'exploration pratique. Nous pourrions alors confronter les données recueillies pour établir une problématique de recherche. Enfin, nous concluons sur les difficultés rencontrées lors de l'élaboration de ce travail ainsi que les bénéfices apportés.

2. Motivations

2.1 Motivations Personnelles

Au cours de mes différents stages, j'ai été à trois reprises au contact de personnes mineurs. Une première fois très brièvement avec une adolescente de seize ans comme décrit dans le constat numéro un, une deuxième fois plus longuement lors d'un stage de cinq semaines en pédopsychiatrie puis une dernière fois pendant deux jours avec un enfant de sept ans dont il est question dans le constat numéro deux. Lors de ces multiples rencontres, j'en suis toujours ressorti avec des questionnements, des bons souvenirs et des moins bons, des situations qui m'ont interpellées.

Je me suis rendu compte en pédopsychiatrie des sentiments parfois forts qu'on pouvait éprouver vis-à-vis des enfants, qui sont dans un rapport plus direct à l'Autre. J'ai pu être exaspéré par moment, mais c'est justement pendant ce stage que j'ai dû apprendre à gérer la distance professionnelle et intégrer que la personne s'adresse à nous en tant que soignant.

En oncologie, même si cela n'a duré que deux jours, la prise en soin de l'enfant fût un très bon souvenir car lorsqu'elle était bien réalisée, que ce soit dans le coté technique mais également dans le jeu avec l'enfant pour créer une alliance thérapeutique, la discussion avec l'enfant et avec la mère, je ressentais vraiment la satisfaction de mes actes.

Au final, ces quelques expériences m'ont montrées que je me sentais impliqué d'une façon différente qu'avec des personnes soignées plus âgées.

Même si pour le moment j'ai rencontré majoritairement des adultes en situation de soins, et que c'est donc avec eux que j'ai appris le plus, il en ressort pour moi une envie d'approfondir le domaine de la pédiatrie qui me tient à cœur par l'implication qu'il suscite en moi.

2.2 Motivations Professionnelles

Mes motivations professionnelles découlent nécessairement de mes motivations personnelles, car on est nécessairement une personne avant tout.

Au jour d'aujourd'hui, et même si j'espère pouvoir approfondir ce domaine en troisième année, la pédiatrie m'apparaît comme une possibilité professionnelle tout à fait envisageable. Je pense donc tenter d'intégrer l'école d'infirmier puériculteur à la suite de mon diplôme d'état infirmier.

Le choix de mon thème de travail de fin d'étude (T.F.E) m'apparaît donc comme une bonne solution pour mieux connaître la puériculture et me donner des bases pour avancer dans mon projet professionnel.

Je pense de plus que la question de la distance professionnelle se pose dans tous les services, et que les acquis de ce T.F.E me permettront peut-être d'être plus à l'aise dans toutes situations de soins difficiles.

3. Constats

3.1 Premier constat

Description de la situation

La situation se passe dans un service de dermatologie. Au cours de la matinée, nous recevons une jeune fille de seize ans en urgence, qui vient dans ce service à cause d'un manque de place dans les autres. Le motif de prise en charge est une vive douleur abdominale, mais

aucun diagnostic n'est posé. Tandis que les internes l'interrogent, je rentre dans la chambre pour effectuer une prise de sang en vue d'examens biologiques. J'ai un peu d'appréhension mais prépare mon matériel, puis je serre le garrot. Je sens que la jeune fille est angoissée, j'essaie de la rassurer un peu mais laisse les internes continuer l'interrogatoire. Je suis assez anxieux au moment de faire la prise de sang mais je me concentre et la réalise correctement, puis je sors de la chambre.

Je vois ensuite cette jeune fille partir en brancard avec le SAMU. Je me questionne et vais demander aux soignants pourquoi est-ce qu'elle part. On m'explique qu'elle fait une grossesse extra-utérine, que le bilan biologique a montré une forte diminution de l'hémoglobine et qu'elle doit être prise en urgence.

Quelques minutes après je vais en salle de soins pour écrire mes transmissions et je me retrouve dans une discussion entre les deux internes et des infirmières. Une des internes dit que « c'est n'importe quoi, on lui a demandé vingt fois, elle nous a dit qu'elle avait jamais eu de rapport, après faut pas s'étonner ». L'infirmière n'est pas d'accord et fait savoir que selon elle, « si elle n'a rien dit, c'est qu'elle a sûrement des soucis familiaux assez important pour se sentir obligée de cacher cela ». La discussion est assez animée, puis se termine. On apprendra le lendemain que la jeune fille s'est rétablie après intervention chirurgicale, malgré l'exérèse d'une trompe de Fallope.

Analyse de la situation

Deux éléments transparaissent dans cette situation. Tout d'abord, l'anxiété que j'ai ressentie au moment de la prise de sang. Étant déjà un peu habitué à les réaliser quotidiennement dans le service, j'ai été surpris de voir ma réaction. Je pense que son âge a permis une projection de ma part, et je ressentais vraiment sa crainte vis-à-vis du personnel soignant, de l'hôpital en général car elle se retrouvait presque « prisonnière » du système de santé qui, si il allait permettre de la sauver, aller également mettre au grand jour sa grossesse, et donc sa vie intime. Je ne connaissais pas à ce moment les tenants et aboutissants du problème, mais je comprends maintenant sa peur, ainsi que la mienne, qui étaient liées d'une certaine façon.

Le deuxième point est la réaction du personnel soignant. Lors de la discussion à laquelle j'ai assisté, on sentait que chacun était affecté par ce qu'il venait de se passer. L'interne qui était énervée l'était peut-être justement parce qu'elle était affectée par le sort de sa patiente. Les infirmières se souciaient également de ce qui allait advenir. Dans les deux cas, la situation a provoqué des sentiments forts, d'une part par sa gravité (au moment de la prise en charge par le

SAMU le pronostic vital était engagé) mais aussi je pense par l'âge de la personne. En pleine puberté, un traumatisme aussi important peut bouleverser le développement de cette jeune fille et donc modifier toute son existence. Le personnel soignant était bien conscient de cela, car même si pour toute personne soignée il faut penser à son avenir et à sa qualité de vie, l'enfant est réellement un être en devenir.

Comment dès lors puis-je gérer la peur que j'ai ressentie, par empathie pour cette personne ? N'était-ce pas la même peur pour l'équipe soignante, d'où les sentiments exacerbés ? Cette peur étant liée à son statut d'adolescente, est-ce que toute prise en charge d'un adolescent est plus complexe émotionnellement, où était-ce uniquement la situation ?

3.2 Deuxième constat

Description de la situation

La situation se déroule dans un service de chirurgie oncologique. Ce service est divisé en deux, une partie chirurgie ambulatoire et une partie chirurgie conventionnelle. Je passe les deux premiers jours de mon stage en chirurgie ambulatoire où je prend en charge un petit garçon de sept ans qui vient quotidiennement pour une cure de tomothérapie. Puis après ces deux jours, je vais en stage en chirurgie conventionnelle. Lors du repas du midi, le sujet de ce garçon arrive dans la discussion, ainsi que la question de recevoir un jour par manque de place en ambulatoire (ce qui arrive parfois) un enfant en chirurgie conventionnelle. Certaines infirmières ne veulent pas que cela arrive car elles se disent « incapables » de s'occuper d'un enfant hospitalisé, que « c'est trop dur ». D'autres ne comprennent pas ce point de vue et trouvent que « c'est un patient comme un autre, y'a pas de raisons de faire de différences ! ». Le cadre leur précisera plus tard que cette option n'est de toute façon pas envisageable car on ne peut pas accueillir un enfant en service adulte.

Analyse de la situation

Cette situation reflète bien le problème de la prise en charge des enfants. En effet le personnel confronté à cette situation peut ne pas être préparé pour, et l'enfant malade peut renvoyer une image que certains auront du mal à supporter.

On voit également le souci de personnalisation de la prise en charge. Il faut soigner

chaque personne de la même façon, or ces personnes ne nous renvoient pas toute la même image et on ne s'identifie pas de la même façon à chacune. Il est donc évident que nous ne ressentons pas les mêmes choses suivant les différentes rencontres. De plus un enfant est toujours tutoyé dans les services, ce qui implique un rapprochement plus important, moins de distance professionnelle. Dans ce cas, que nous voulions l'accueillir ou non, la présence d'un enfant ne laisse pas indifférent et questionne sur la distance soignant/soigné.

Pour ma part, les différentes étapes de la prise en charge de l'enfant lors de mon passage en chirurgie ambulatoire ont été très enrichissantes. Tout d'abord l'accueil, car il faut recevoir d'une part l'enfant et d'autre part la mère, ce qui implique de s'adapter en permanence à l'interlocuteur. D'autre part le soin, ici la préparation à la tomothérapie, où il faut pouvoir distraire l'enfant mais aussi l'impliquer dans le soin (par exemple, il appelait l'embout du cathéter relié au site veineux implantable la « souris », ce qui permettait une dimension « jeu » au soin, autant que faire se peut). La prise en charge de la mère continue à ce stade car elle-même nous aide pour rassurer l'enfant par exemple. Ainsi toute la prise en charge change car il faut y intégrer une dimension ludique pour l'enfant.

On peut toutefois se demander ce qu'aurait été la prise en charge si la mère ne pouvait pas être présente ? S'il s'agissait ici d'une prise en charge ambulatoire, qu'aurait été une prise en charge en hospitalisation ?

Enfin, le tutoiement de l'enfant est-il nécessaire ? Et jusqu'à quel âge devons-nous tutoyer ?

3.3 Synthèse

Les deux situations présentées permettent de dégager certains points.

Dans les deux cas, on peut noter une réaction assez forte de la part de l'équipe soignante, avec des avis tranchés, et une envie ou au contraire une appréhension de la prise en charge d'un enfant ou d'un adolescent. Il semble que la prise en soin d'un enfant ou d'un adolescent soit propice aux projections des soignants, et provoque une implication émotionnelle plus forte qu'avec les adultes. L'enfant et l'adolescente étant tutoyés, la distance professionnelle ne peut plus être la même qu'avec un adulte vouvoyé, marquant d'une part le respect de l'Autre mais permettant aussi une certaine distance.

Comment dès lors, gérer cette charge émotionnelle pour le soignant et trouver la bonne

distance avec l'enfant ou l'adolescent ?

Si dans le cas de l'enfant, la question porte sur l'accueil, et donc plutôt sur l'appréhension face à la prise en charge, le cas de l'adolescente montre qu'après cette prise en charge les avis restent contraires, face à une interprétation différente du comportement de l'adolescente. Préjugés, représentations sont les facteurs mis en jeu pour en arriver à essayer de comprendre le comportement de la personne soignée.

Le problème, dans les deux cas, ne vient-il pas dès le départ d'une trop grande implication envers l'enfant ou l'adolescente ? Ne sont-ils pas tous les deux sources de projections, de contre-transfert ? Si cette relation est réellement spécifique, différente de celle avec un adulte, comment l'appréhender et établir une relation adéquate pour la prise en soin ?

Cette réflexion et ce questionnement à partir des différentes situations m'amène à poser la question de départ suivante :

Quelles sont les particularités de la relation soignant/soigné dans la prise en soin d'un adolescent hospitalisé en service de soins généraux ?

4. Exploration théorique

La question de départ nous amène à réfléchir sur trois concepts. En premier lieu, le soin. Qu'est-ce que le soin ? Qu'entendons-nous par "prendre soin" ? Ensuite, la relation soignant-soigné. Que signifie établir une relation dans un contexte de soin ? Peut-on parler de relation ? Et si oui, quels sont les enjeux de celle-ci ? Enfin, nous pourrions envisager le concept d'adolescence, sa signification, et les implications de celui-ci dans le soin.

4.1 Le soin

Soin est un mot complexe, qui vient de l'ancien français "bissunia", mot polysémique voulant dire "soucis, chagrin" mais aussi "nécessité, besoin". Soigner serait donc se soucier de l'Autre, mais également prendre en compte ses besoins.

Cette dualité se retrouve en anglais où deux mots sont utilisés pour qualifier le soin : "To care", soigner dans le sens s'occuper de quelqu'un, de ses besoins, comme on pourrait le dire pour un

enfant, et "To cure", traiter, guérir une pathologie.

Le soin est également ce que l'on apporte à notre apparence, à son écriture, à nos actions. Il s'agit là de soigner quelque chose, la conformer à notre envie et à l'idée que l'on s'en fait. Ce dernier sens, s'il peut sembler inapproprié ici, me semble justement important à garder en mémoire. Il est nécessaire de garder en tête que toute action de soin fait intervenir notre jugement, de façon plus ou moins importante, et que celui-ci peut modifier notre perception de la personne soignée et donc nos actions de soins. Cet aspect sera développé plus longuement par la suite.

Soigner n'est donc pas une chose simple. Si la personne soignée va se plaindre d'un symptôme en particulier, le soignant doit la voir de façon holistique, en prenant en compte ses besoins, par l'intermédiaire des quatorze besoins fondamentaux de V. Henderson par exemple. B. Honoré propose dès lors une définition du soin : "*Soigner dit une manière de s'occuper de quelqu'un en considérant ce qui est nécessaire pour qu'il existe selon sa nature propre, c'est à dire ses besoins, ses désirs, ses projets.*"¹

Le soin est également une façon de "*persévérer dans l'existence*"². Le soin fait en effet partie d'un parcours de vie qui est bouleversé par un problème de santé. Il est donc un moyen de rétablir une continuité dans la vie, mais implique d'être aidé par une personne extérieure. Le soin est donc également une intrusion dans la vie d'une personne, pour son bien, mais qui est plus ou moins supportée par les personnes soignées.

Il apparaît très vite que le soin, si il peut être défini, est dépendant d'une relation soignant-soigné. On imagine mal en effet un soin sans relation, et même une absence de communication de la part des acteurs du soin serait un type de relation, évidemment le moins enviable. Intéressons-nous alors à la relation soignant-soigné.

4.2 La relation soignant-soigné

Selon Bioy A. et Fouques D., "*on désigne sous le terme de relation soignant-soigné*

1 Honoré B, *Soigner*.

2 *Ibid.*

l'ensemble des conditions psychologiques qui vont influencer le type de contact qui s'établira entre le soignant et son patient."³

On comprend aisément que la relation soignant-soigné est extrêmement importante, mais que ce terme est très vaste. Il se crée en effet dès la rencontre avec la personne soignée une relation, qui n'est d'ailleurs pas nécessairement celle à laquelle on s'attend.

Il existe en effet différents types de relations.⁴ Nous omettrons ici les relations qui n'ont pas de lien avec les services de soins généraux, telle que la relation thérapeutique, utilisée en psychiatrie dans un but curatif.

La première relation est la relation de civilité. Elle n'est pas à proprement parler une relation mais plutôt la base des futures relations, ce sont les premières interactions ritualisées de politesse, de présentation qui permettent de rentrer en contact avec l'Autre. Toute relation est basée sur nos représentations, les idées pré-conçues liées à notre culture, notre éducation, qui font que l'on aura par exemple une certaine image du personnel soignant avant même de le rencontrer. Il est donc important de ne pas sous-estimer la relation de civilité qui est le premier contact avec la personne soignée et qui lui laissera une certaine impression jusqu'à la fin de son séjour, qu'elle soit bonne ou mauvaise.

La seconde est la relation de soins. Il s'agit cette fois-ci d'une relation qui peut être plus ou moins superficielle. C'est la relation que l'on établit lors des soins, pour informer la personne, s'inquiéter de son confort. Elle est nécessaire mais non suffisante pour une prise en charge globale.

Vient la relation d'empathie. Cette relation s'établit quand le soignant essaye de ressentir ce que peut éprouver le soigné, tout en sachant garder sa place et ne pas vivre trop intensément ses sentiments. Elle laisse une grande place au langage non verbal, à la façon d'être, de s'exprimer. Elle est également nécessaire et c'est cette relation qui est le plus souvent utilisée, mais peut se révéler insuffisante quand la personne soignée traverse une phase difficile, après l'annonce d'un diagnostic par exemple.

La relation d'aide thérapeutique est la relation clé dans l'interaction soignant-soigné. Définie durant le courant humaniste des années cinquantes par Rogers C. Et Maslow A., elle permet d'aider la personne soignée à exprimer ses affects, son ressenti, mais également à le comprendre et à s'aider soi-même. En effet, il s'agit ici d'une relation particulière, où le soignant

3 Bioy A. Et Fouques D, *Manuel de psychologie du soin.*

4 Formarier M, *La relation de soins, concepts et finalités.*

doit laisser libre expression au soigné sans aucun jugement, mais dans une écoute active qui cherche vraiment à comprendre. Le soignant peut pour cela utiliser divers outils tels que la reformulation, mais ne doit pas interpréter ou donner des conseils; le principe de base étant que la personne soignée a en elle les ressources nécessaires pour s'aider.

Toutes ces relations s'établissent entre deux personnes qui jouent un rôle social.⁵ Chacun d'entre nous joue plusieurs rôles sociaux, qui sont une interface entre notre réalité intérieure et la réalité extérieure. Les rôles sociaux sont variés et utilisés suivant la situation, du rôle de mari ou femme au rôle de soignant. Le rôle de malade est également un rôle social. Une fois hospitalisée, la personne se retrouve contrainte d'accepter ce rôle, de façon plus ou moins adéquate. Il est donc important de connaître ces rôles et de les identifier, pour comprendre les attentes de chacun mais aussi les limites de chaque rôle. Le soignant par exemple aura une autorité de statut et de fonction⁶, qu'il doit connaître pour éviter de se retrouver dans une position autoritaire, et pour comprendre les attentes des soignés vis-à-vis de lui. Le soigné doit également connaître le rôle du soignant pour savoir qu'il possède des limites et que toutes ses demandes ne pourront pas forcément aboutir.

Bien identifier les différents rôles permet aussi d'éviter un glissement, par exemple du rôle de soignant vers celui de parent ou d'ami.

C'est pour s'adapter aux différences individuelles et correctement les prendre en compte que Marescotti R. Et Gineste Y. Ont créés, en reprenant le concept de Jacquard A., la philosophie de l'Humanité. Celle-ci indique que chaque être est unique et en évolution, et se questionne sur la manière que nous avons de percevoir les autres Hommes. Gineste Y. Et Marescotti R. ont dès lors recensés les données auxquelles le soignant doit s'adapter vis-à-vis du soigné⁷ :

- Les variations culturelles, d'âge, de sexe.
- Le langage verbal et non-verbal qui dépendent de la culture.
- L'Homme étant un "animal vertical", la légitimité des demandes à quitter le lit.
- L'Homme étant en constante évolution, importance de connaître son passé pour améliorer son avenir.
- Enfin, tout comportement part de deux racines, cognitive et émotionnelle, il est donc important de décrypter les plaintes.

5 Manoukian A. Et Masseur A., *La relation soignant-soigné*.

6 *Ibid.*

7 Bioy A. Et Fouques D., *op. Cit.*

4.3 L'adolescence

Ces différents points prennent toute leur importance dans le cas de l'adolescence. En effet, un adolescent n'a, dans tous les cas, pas le même âge que le soignant et une culture, des centres d'intérêts qui lui sont propres. Il est en pleine croissance, plein de vitalité et se retrouve dans un espace restreint qu'est la chambre d'hôpital. Il est en évolution, comme tout être humain, mais il est en plein questionnement sur son avenir, incertain. Il s'agit donc bien d'une personne tout à fait particulière.

Reprenons ce concept d'adolescence.

Adolescence vient du latin "adolescencia" lui-même venant du verbe "adolescere" qui signifie "grandir vers"⁸. L'adolescence est définie comme un "*passage entre la dépendance infantine et l'autonomie adulte*"⁹, et se situe entre 12 et 18 ans, mais peut être assez variable.

Plusieurs auteurs se sont attachés à définir l'adolescence¹⁰. La première grande théorie de l'adolescence fut la théorie psychanalytique Freudienne, approfondie par sa fille Anna au milieu du XX^{ème} siècle. Pour eux, l'adolescence correspond au stade génital. Pendant ce stade, l'adolescent régresse au stade phallique et l'énergie sexuelle devient trop importante. Le conflit oedipien se réactualise : la force physique étant plus importante, l'adolescent est aussi fort que son père, et voit la possibilité de prendre sa place au coté de sa mère. Cela étant impossible, l'adolescent ne peut plus s'identifier à son père et va donc s'identifier à ses amis.

De plus, l'énergie sexuelle va devenir trop importante pour le "Moi" qui ne va pas pouvoir la maîtriser correctement (par l'intermédiaire du "Sur-moi" dans la conception freudienne). S'en suit deux constats : tout d'abord une impulsivité et une intolérance à la frustration, mais également un risque de domination excessive des pulsions sexuelles. L'adolescent lutte donc avec par moment un contrôle qui peut être excessif (ascétisme) et à d'autres moments de l'impulsivité, de la violence, qui jouent le rôle de soupape de sécurité.

L'autre grande théorie du développement qui s'est attachée à définir l'adolescence est celle d'Erikson E. Il existe selon lui huit stades du développement, qui correspondent chacun à une

8 Cloutier R., *Psychologie de l'adolescence*.

9 *Ibid.*

10 *Ibid.*

crise entre deux aspects possibles de notre développement. Cette crise va se résoudre en interaction avec l'environnement.

De douze à dix-huit ans, la crise se situe entre l'acquisition d'une identité et la "diffusion dans les rôles". Nous avons déjà parlé des rôles sociaux, c'est donc ceux-là même que l'adolescent va explorer et adopter ceux qui lui conviennent le plus, en interaction avec le monde extérieur. Erikson voit ici plus un problème de relations interpersonnelles que de pulsions sexuelles.

Enfin, Blos P. définit l'adolescence comme l'accession à "*l'ambivalence mature*", c'est à dire une intégration des bons et des mauvais aspects d'une même chose, différent du manichéisme de l'enfant. La désidérialisation de fait des parents ouvre la voie à la construction d'une nouvelle personnalité.

Tous les auteurs sont en tout cas d'accord pour parler d'une restructuration personnelle à l'adolescence. Pour Piaget J., l'adolescence correspond au passage du stade des opérations concrètes à celui des opérations formelles. Il s'agit de l'apparition des capacités d'abstraction, et des activités de métacognition, c'est à dire la possibilité d'un retour sur soi, d'une autocritique. De plus c'est à ce moment qu'apparaît la possibilité d'inférer le point de vue des autres, tandis qu'avant cet âge cette capacité est restreinte et relative au contexte, à l'apparence.

Cloutier R. fait tout de même remarquer que l'évolution biologique de chacun est variable, et qu'ainsi nous ne devrions pas tous rentrer en même temps dans le stade de l'adolescence¹¹.

Malgré tout dans notre société occidentale, les adolescents sont considérés comme tel entre 12 et 18 ans, et le deviennent ainsi pour une part malgré eux. En effet, l'adolescence correspond aussi à un contexte sociologique :

- Le passage d'un rôle social sans responsabilités à l'acquisition de celles-ci.
- Le passage d'un statut de soumission à un statut de dominance.
- L'accès au monde de la sexualité jusqu'ici interdite.

La construction d'une identité correspondra pour l'adolescent à retrouver une stabilité, savoir qui il est, ce qu'il aime, ce qu'il veut, et ne plus avoir besoin de tester des rôles mais garder

11 *Ibid.*

une constance dans sa manière d'être. Pour Marcia J., il pourra se construire quatre grands types d'identité¹², selon son questionnement et son engagement :

	Questionnement Faible	Questionnement Fort
Engagement Faible	Identité <i>diffuse</i> . Relations superficielles, défenses du moi fragiles.	Identité <i>moratoire</i> . Participation élevée, réflexion intérieure, recherche d'équilibre et d'indépendance.
Engagement Fort	Identité <i>forclose</i> . Conventionnel, peu de remise en question, respect des règles.	Identité <i>achevée</i> . Conscience des forces et des limites. Valorisation de l'indépendance et de la productivité. Capacité de chaleur et d'intimité.

En plus de la construction d'identité se présente une autonomisation de l'adolescent. Selon les travaux de Steinberg L. il existe trois types d'autonomie que l'adolescent doit développer¹³ : une autonomie émotionnelle, une autonomie comportementale et une autonomie idéologique. Il s'agit d'avoir un besoin d'intimité, de décider par soi-même en assumant les conséquences et de développer ses propres idéaux. Pour Steinberg L., il n'est pas nécessaire d'effectuer une rupture totale avec ses parents, comme la crise freudienne, mais ce sont au contraire de bonnes relations avec eux qui permettront de favoriser cette indépendance. La famille reste en effet le premier modèle de l'adolescent pour comprendre le monde qui l'entoure.

4.4 Situation actuelle dans les services de soins

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (O.M.S), les adolescents sont majoritairement en bonne santé et ont des comportements sains. De plus, les relations interpersonnelles, qu'elles soient amicales ou familiales, sont jugées positives par les adolescents. Cependant, l'O.M.S note qu'il existe de grandes disparités, dépendantes du niveau de vie et du contexte socio-économique.¹⁴ De plus, l'O.M.S insiste sur le besoin de développer une offre de soins répondant aux besoins des adolescents¹⁵.

En France, le plan santé des jeunes de 2008 prévoit la création d'une maison des

12 *Ibid.*

13 *Ibid.*

14 O.M.S, p. 213.

15 *Ibid*, p. 207.

adolescents par département. C'est le cas dans le Calvados, où la maison des adolescents a comme objectifs de les accueillir, de favoriser leur prise en charge, d'informer les personnes concernées (parents, professeurs, institutions) et de coordonner les différents acteurs professionnels¹⁶.

De plus en plus de structures pour les adolescents sont créées. Le premier hôpital spécialement dédié aux adolescents à été ouvert à Marseille le 28 juin 2012, il s'agit de l'E.M.A, l'Espace Méditerranéen de l'Adolescence. Il propose une prise en charge en ambulatoire ou en hospitalisation, en partenariat avec l'éducation nationale pour assurer la continuité de la scolarité, et propose des "soins culturels". Ceux-ci sont la participation à une webradio, des salles d'activités polyvalentes, un jardin, qui doivent permettre aux adolescents "*d'éprouver et de reconstruire leur identité*"¹⁷.

La spécificité de la prise en charge des adolescents est donc bien reconnue. Mais mis à part l'E.M.A, leur prise en charge est-elle spécifique dans les services de pédiatrie, où sont-ils une nouvelle fois à l'interface du monde enfant et du monde adulte sans trouver une véritable place ?

5. Recherche de terrain

Pour tenter de répondre plus précisément à mes interrogations, j'ai voulu rencontrer différents professionnels, ayant chacun une approche particulière vis-à-vis de l'adolescent.

Tout d'abord les infirmières travaillant dans un service de soins généraux où l'on peut rencontrer des adolescents. A Caen, ces services se regroupent dans le pôle Femme Enfant. Il m'a fallu dans un premier temps exclure les services de soins en santé mentale, qui ne correspondent pas à ma question de départ. J'ai donc contacté les services de pédiatrie médicale et chirurgicale, où j'ai pu rencontrer deux infirmières diplômées d'état ainsi que deux infirmières puéricultrices.

Pour avoir un regard extérieur, j'ai également contacté la maison des adolescents de Caen. J'ai ainsi rencontré une infirmière de secteur psychiatrique, qui a pu me donner son regard sur la relation à l'adolescent, en tant qu'expert extérieur aux services de soins généraux.

J'ai construit un guide d'entretien basé sur des questions ouvertes¹⁸ pour permettre aux

16 Ministère des Affaires sociales et de la Santé, p. 2.

17 Assistance Publique – Hôpitaux de marseille, p. 7.

18 Annexe I : Questionnaire

personnes interrogées de donner leur point de vue personnel, sans être influencées. Plusieurs items sont abordés, d'une part le concept de l'adolescence, celle de la spécificité de l'adolescent, puis la relation particulière de chaque soignant avec l'adolescent.

J'ai distingué les réponses apportées selon la fonction des personnes interrogées, pour permettre de distinguer les points de vue. Après avoir synthétisé les différentes réponses apportées, nous pourrions faire les liens avec la partie théorique et dégager les points de convergence, de divergence, et les nuances.

Pour faciliter la lecture et conserver l'anonymat, un code a été attribué à chaque personne interrogée. Ces codes sont IDE1 et IDE2 pour les deux infirmières diplômées d'état, PUER1 et PUER2 pour les deux infirmières puéricultrices, et EXP1 pour l'infirmière de secteur psychiatrique.

5.1 Synthèse des réponses

5.1.1 Le concept d'adolescent

Toutes les personnes interrogées se retrouvent sur la notion d'évolution de l'adolescent. Pour IDE1, l'adolescent est « une jeune personne en croissance et en évolution », ou encore « un jeune en construction, qui construit son avenir » pour PUER2. On retrouve également cette notion chez EXP1 pour qui l'adolescent est « en devenir, en continuelle transformation ». Selon PUER1, « il est entre l'enfant et l'adulte, mais ni l'un ni l'autre ». L'adolescent se cherche, et c'est ainsi qu'il va devenir selon EXP1 « multi-casquettes », jouer différents rôles, réaliser des essais dans la société pour se trouver, « être plus dans l'agir que l'adulte ».

Ces transformations sont physiques et psychiques, et démarre selon EXP1 au moment de la puberté. Ce début de l'adolescence est toutefois assez variable, vers 12 ans selon IDE2 et de plus en plus précocement.

Selon EXP1, l'adolescent, de par ses transformations, est quelqu'un de « fragile, une proie vis-à-vis de l'extérieur et de lui-même ». Toutefois, il évolue énormément au cours de cette période et il est donc important de « différencier des stades dans l'adolescence » selon PUER1, « savoir où il en est dans son adolescence » pour IDE1.

5.1.2 Le soin à l'adolescent

Pour prendre soin d'un adolescent, il faut en premier lieu s'adapter à lui spécifiquement. En effet pour EXP1, le soin à l'adolescent est « plurifactoriel, et il faut sans cesse effectuer des remaniements ». Il semble effectivement que ce soit la principale difficulté, pour IDE2 il faut « s'adapter à chacun » car chaque adolescent « a son propre univers ».

Pour EXP1, la première rencontre est primordiale, il faut « accrocher l'adolescent » pour permettre la création d'une alliance thérapeutique de qualité, car « le souci c'est de perdre le lien, de rompre l'alliance ».

L'autre grand problème est la pudeur. Cela peut causer des situations dangereuses comme me l'explique PUER1, qui a été confrontée à un adolescent qui « n'a pas fait pipi pendant deux jours parce qu'il ne voulait pas faire dans l'urinal ».

Enfin, pour PUER2 le soin va dépendre de la recherche de limites et d'un cadre de la part de l'adolescent, « comme il le ferait à la maison ». Pour PUER2, « on a souvent des problèmes de non-observance, car la maladie touche aux limites de l'ado ». Ainsi, « il peut souvent remettre en cause les risques dus à sa maladie », et « le traitement peut devenir un enjeu, un moyen de tester les soignants ». Ces éléments semblent en opposition avec la prise en soin d'un enfant, qui sont pour PUER1 « plutôt observant ».

Dans cette optique, et comme le confirme IDE1, « ce sont les pathologies chroniques les plus difficiles car elles touchent au corps et à l'autonomie de l'ado ». Il faut donc selon EXP1 « leur laisser un espace intime, personnel, qui leur est crucial ».

5.1.3 La relation à l'adolescent

Dans l'ensemble, la relation avec l'adolescent s'avère être difficile. Pour IDE1, « on est souvent confrontés au mutisme, et en même temps on doit se faire accepter ». C'est également le ressenti de PUER2 pour qui « contrairement à l'enfant, l'ado ne va pas forcément verbaliser ses troubles, et ils sont beaucoup dans le non-verbal ». Mais pour IDE1 le mutisme « est le signe d'une réelle souffrance ». Cela demande plus de vigilances aux soignants, et pour PUER1 il faut « aller encore plus loin dans la relation » pour le « comprendre, car ils sont souvent dans la contradiction ou alors complètement fermés ». Pour PUER1, c'est l'instauration d'un « cadre ferme et clair » qui va permettre de rassurer l'adolescent, par exemple en respectant systématiquement les mêmes horaires pour les thérapeutiques.

Pour permettre une bonne relation, IDE2 essaie de « rentrer dans leur univers, parler des loisirs ». Mais c'est bien souvent l'univers de l'adolescent qui vient à l'hôpital, « en plus de la famille, les amis viennent rendre visite, des fois ils arrivent vraiment nombreux dans le service »

nous explique IDE2 ; c'est pour cela qu'il « faut instaurer des limites, comme le nombre de personnes dans la chambre, ou le temps que peut rester la famille ». En effet, IDE1 explique qu'à l'hôpital, l'adolescent est « souvent infantilisé par ses parents et retombe dans une situation de dépendance comme quand il était enfant ».

Il est donc important de trouver, comme nous le dit EXP1, « une distance suffisamment bonne », car « on devient vite un substitut parental ou un ami proche ». Pour IDE2 également, il faut « faire attention à nos projections, on peut vite se sentir parents ou grands-parents ».

5.2 Analyse des réponses

Ces entretiens nous permettent de mettre en évidence plusieurs éléments de compréhension. En premier lieu, on remarque que l'adolescence est mal définie. Pour certains elle commence à la puberté, pour d'autres vers l'âge de 12 ans. Si dans la majorité des cas cet âge correspond bien à la puberté¹⁹, la question se pose du passage à l'adolescence. Est-ce un passage uniquement physiologique, déclenché par la puberté, ou un passage social, correspondant à l'âge, donc au niveau scolaire, à la façon dont l'adolescent est perçu, ou encore une synergie de ces facteurs. Une fois dans l'adolescence, il semble qu'il y ait des "stades". Ainsi l'adolescent en évolution ne passe pas par un seul stade, l'adolescence, mais bien par un processus au sein duquel il évoluera. Sa fragilité induite par ce processus ainsi que l'agir comme moyen privilégié de communication semble indiquer la nécessité d'une prise en soin particulière.

Cette dernière laisse place à une faculté d'adaptation du soignant, qui semble être plus importante que d'ordinaire. Le cadre clair et ferme permet de créer une alliance thérapeutique, mais un élément clé serait tout de même la première rencontre avec le soignant, qui doit réussir à rentrer dans l'univers de l'adolescent et "l'accrocher". C'est la création et le maintien de cette alliance qui semble au cœur de la prise en soin.

C'est en effet une relation thérapeutique difficile qui peut se créer, avec des réactions compliquées à gérer de la part de l'adolescent. Le non-verbal joue une place prépondérante, ainsi que les relations intra-familiales. Il faut donc laisser un espace intime à l'adolescent, ne pas l'infantiliser, que ce soit par les parents ou par les soignants, ni le considérer comme un adulte, mais bien respecter son "stade" de transition. Enfin, si l'on ne doit pas considérer l'adolescent pour ce qu'il n'est pas, il faut également garder sa place en tant que soignant. C'est donc un jeu d'identifications, de transfert et contre-transfert d'un point de vue psychanalytique, qu'il convient d'identifier pour ne pas être pris au piège d'un rôle social qui ne serait pas le nôtre.

19 INSERM, *Âge de la puberté*.

6. Problématique

Ma question de départ, fil rouge de ce travail de fin d'étude était la suivante : "Quelles sont les particularités de la relation soignant/soigné dans la prise en soin d'un adolescent hospitalisé en service de soins généraux ?".

Les différentes recherches menées durant ce travail m'ont permis d'approfondir cette question. Il apparaît que le soin, complexe, est bien la prise en compte de la personne dans sa globalité. Comme me l'ont expliqué les professionnelles rencontrées, il faut réussir à rentrer dans l'univers de l'adolescent pour envisager de créer une relation de confiance, et permettre l'alliance thérapeutique. Cette alliance et les soins que nous apportons tout au long de notre carrière permettent d'aider la personne à "*persévérer dans l'existence*"²⁰. Il faut pour cela apporter ce qui est nécessaire à cette personne.

Pourtant, la relation que l'on essaie de créer pour prendre soin de l'Autre peut être vite chamboulée. Pour permettre une relation il faut s'ouvrir à l'Autre, et montrer certains aspects de soi, de sa personnalité. De plus, nous nous créons un rôle pour d'une part nous protéger mais aussi établir un certain ordre, identifier les acteurs d'une situation, ce que chacun peut apporter. Dans le cas de l'Adolescent, il est lui-même en recherche de son rôle social, de sa personnalité. Ne sachant pas précisément ce qu'il peut apporter, ce qu'il a envie d'apporter, de dévoiler, il ne peut pas savoir ce que son entourage peut lui apporter. La construction de son identité va demander du temps et l'hospitalisation va venir perturber ce processus. Ainsi des situations difficiles peuvent apparaître, comme l'expliquent les professionnelles. Mutisme, non-observance, autant d'actes qui tentent d'exprimer ce qu'il est impossible de verbaliser. Le soin reste une intrusion dans une vie en construction.

Toutefois, le soin est nécessaire. Les difficultés relationnelles ne viennent pas d'une envie d'être abandonné, mais d'être compris. Les professionnelles le savent et s'attachent à percevoir ce que l'adolescent nous montre ou non, à comprendre les actes, les non-dits. Si l'adolescence est un moment bouleversant, elle est surtout un processus, au sein duquel l'enfant évolue vers l'âge adulte. Savoir quand un enfant est entré dans l'adolescence, à quel stade en est-il de son évolution et quand l'adolescence se termine permet de mieux comprendre et prendre soin. Il apparaît donc essentiel de savoir où en est la construction de son identité. Pourtant cette évaluation reste au jugé de chacun, on peut néanmoins reprendre les éléments développés par

20 Honoré B, *Op. Cit.*

Marcia J. sur les quatre types d'identités, la limite étant le manque de dynamisme entre ces quatre états, reflétant mal une réalité complexe. Il n'existe pas non plus d'échelle d'évaluation à l'usage des soignants pour permettre de savoir où en est l'adolescent dans sa construction personnelle et sa vision de sa pathologie ainsi que de son environnement de soin.

Une autre particularité est l'identification inhérente à l'âge des protagonistes : un jeune soignant peut voir chez l'adolescent son frère, un ami proche; un soignant plus âgé peut y voir son fils, ou encore petit-fils comme pour IDE2. Cette identification peut être réciproque, permettant de combler un vide provoqué par l'hospitalisation.

Ce vide provoque également une forte perturbation de la dynamique familiale. On peut entendre autour de nous des parents qui ne savent pas comment réagir face à leur adolescent, et l'entourage leur dire que "ça passera", "c'est de son âge". Or, lors de l'hospitalisation les parents sont face à leur adolescent, ainsi comme IDE1 le souligne celui-ci peut être infantilisé, mais il peut également être considéré comme un adulte, le problème étant de trouver un point de repère pour les parents.

La problématique de recherche doit donc reposer sur les deux aspects fondamentaux qui ressortent de ce travail : la relation soignant/soigné doit être stable, tandis que l'adolescent est en évolution. Ma problématique de recherche est donc :

Comment l'infirmier peut-il favoriser la mise en place d'une alliance thérapeutique stable avec un adolescent hospitalisé en service de soins généraux ?

7. Conclusion

L'ensemble de ce travail de fin d'étude m'a permis de me confronter à la méthodologie de la recherche. Celle-ci requiert certaines compétences, telles qu'une certaine rigueur, un investissement personnel, des capacités de réflexion et de critiques ainsi qu'une capacité de rédaction. De plus, si ce travail est bien sur réalisé avec l'aide des cadres de santé formateurs, conseillers de mémoire, il s'effectue tout de même en grande autonomie, ce qui nous amène à nous sentir encore plus investis. Lors de la réalisation de notre travail de fin d'étude, nous sommes évidemment confrontés à des difficultés liées à cette autonomie : trouver les textes intéressants et qui seront utiles pour notre sujet, synthétiser, puis aller au-devant des professionnels, en ayant élaborés un questionnaire qui nous semble le plus approprié... Mais ce sont ces difficultés, avec l'aide de notre référent, qui nous amènent à nous interroger et à

progresser.

J'ai également pu développer mes connaissances sur la relation soignant-soigné et le soin d'une part, éléments également vus durant la formation, mais aussi sur l'adolescence, qui est peu abordée durant la formation. Ces connaissances seront utiles dans tous les services où je pourrais travailler, et d'autant plus dans le cadre de mon projet professionnel qui est d'accéder à la formation d'infirmier puériculteur.

Au total, ce travail m'a permis de découvrir des éléments théoriques nouveaux, de développer mes facultés d'organisation, et me permet de terminer ma formation infirmière en étant plus sûr de moi et confiant pour le début de ma carrière professionnelle.

Remerciements

Je tiens à remercier Mme Camebourg, ma conseillère de mémoire pour son aide précieuse à la rédaction de ce travail de fin d'étude.

Je remercie les différents professionnels rencontrés lors de ce travail, qui ont pris le temps de répondre à mes questions et qui m'ont permis d'enrichir ce travail de leur vécu.

Je remercie également tous les formateurs qui durant ces trois années de formation m'ont permis d'acquérir les bases nécessaires à l'élaboration de ce travail, mais surtout à ma future carrière professionnelle.

Enfin, je remercie mes proches, et surtout ma famille, qui a su me soutenir et sans qui ces trois années de formation n'auraient pu se faire.

Bibliographie

1) Ouvrages

BIOY A., FOUQUES D., *Manuel de psychologie du soin*, 2^{ème} édition, Rosny : Bréal, 2009.

CLOUTIER R., *Psychologie de l'adolescence*, 2^{ème} édition, Québec : Gaëtan Morin éditeur, 1996.

GRAINDORGE C., *Comprendre l'enfant malade : Du traumatisme à la restauration psychique*, Paris : Dunod, Coll. Psychothérapies, 2005.

HONORE B., *Soigner*, Paris : Seli Arslan SA, Coll. Perspective soignante, 2001.

MANOUKIAN A., MASSEBEUF A., *La relation soignant-soigné*, 2^{ème} édition, Paris : Lamarre, Coll. Pratiquer, 2001.

2) Articles

FORMARIER M., La relation de soin, concepts et finalités, *Recherche en soins infirmiers*, n°89, juin 2007, p. 33-42.

3) Ressources en ligne

Assistance Publique – Hôpitaux de Marseille, L'Espace Méditerranéen de l'Adolescence [en ligne]. Disponible sur : <http://fr.ap-hm.fr/sites/default/files/files/Communique-et-dossier-de-presse/DP_EMA_inauguration.pdf> (consulté le 16.12.2012).

Âge de la puberté [en ligne]. Disponible sur : <<http://www.ipubli.inserm.fr/bitstream/handle/10608/222/?sequence=11>> (consulté le 01.04.2013).

Health behaviour in school-aged children, OMS, 2009/10 International Report: Social determinants of health and well-being among young people [en ligne]. Disponible sur :

<<http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/Life-stages/child-and-adolescent-health/publications/2012/social-determinants-of-health-and-well-being-among-young-people.-health-behaviour-in-school-aged-children-hbsc-study>> (consulté le 16.12.2012).

Ministère des Affaires sociales et de la Santé, Le cahier des charges « maison des adolescents » [en ligne]. Disponible sur :

<http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/MDA_cahier_des_charges_2010.pdf> (consulté le 16.12.2012).

Annexes

Recherche de terrain

1 - Qu'est-ce pour vous un adolescent ?

2 - Quelle est la spécificité de la prise en soin d'un adolescent ?

3 - Quelles sont les difficultés rencontrées lors de la prise en soin d'un adolescent ?

4 - Pour vous, professionnel soignant, qu'est-ce qui est le plus difficile dans la prise en soin d'un adolescent ?

5 - Quels éléments prenez-vous particulièrement en compte lors de la prise en soin d'un adolescent par rapport à celle d'un enfant ?

6 - Pour vous, qu'est-ce que la distance professionnelle dans la relation soignant-soigné avec un adolescent ? Que vise-elle ?

7 - Au quotidien, dans les soins, comment gérez-vous la distance professionnelle avec l'adolescent ?