

**INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS
DE POITIERS**

**La médiation « thérap'équipe » avec
l'ado : l'essence de l'alliance ?**

Maxime DUPUIS

Promotion 2013

Poitiers, session 2016

Soutenu, le 08/01/2016

REMERCIEMENTS

Aux formateurs de l'IFSI de Poitiers et plus particulièrement,

Mme F, ma responsable de suivi pédagogique pour son soutien, son suivi et ses conseils,

Mme A, ma directrice de mémoire, pour sa précieuse aide dans les moments de doute,

M. M, qui m'a accepté en stage puis en CDD à l'hôpital de Lusignan en 2011, afin de découvrir le milieu hospitalier et de débiter ainsi ma reconversion professionnelle. L'histoire a voulu que l'on se retrouve à l'IFSI de Poitiers en 2013...

Aux professionnels qui m'ont encouragé dans cette reconversion,

Aux équipes soignantes de **Mosaïque et de l'AJI**, et notamment **Marion** qui m'a éclairé dès le début de ce travail,

A mes copains d'enfance qui m'ont permis de m'évader pendant quelques soirées mémorables,

A mes potes de promo, la « fine équipe de Maillol », **Fred, Chrichri et Tif**, pour les moments de rires mais aussi d'échanges durant ses trois années,

A Jess, collègue de Lusignan, collègue de promo et collègue de co-voiturage,

A ma famille, mes parents et ma sœur pour leur soutien sans faille et leur non jugement pour mes choix professionnels, durant ces années.

Et surtout,

A ma pitchoune, Nini qui m'aura supporté dans les deux sens du terme, pendant ces 1090 jours de formation, et qui a toujours cru en moi et en ma reconversion,

A Jonas et Axel, mes deux garçons, qui chaque jour m'ont apporté du bonheur et de la force pour réussir.

MERCI !!!!!

SOMMAIRE

INTRODUCTION	6
I. SITUATIONS DE DEPART	8
1. Première situation	8
2. Seconde situation	8
3. Motivations personnelles et professionnelles	9
4. Question de départ	10
II. PHASE EXPLORATOIRE.....	11
1. Exploration sur le terrain.....	11
2. Exploration du concept de médiation thérapeutique.....	12
3. Exploration du concept d'adolescence.....	12
4. Exploration du concept de relation de confiance	13
5. Synthèse de la phase exploratoire et question de recherche.....	13
III. CADRE CONCEPTUEL	15
1. Le contexte : Prise en charge d'un adolescent lors d'une médiation thérapeutique.....	15
1.1 Les activités à médiation thérapeutique	15
1.2 L'adolescence	17
2. La posture soignante	21
2.1 Définition	21
2.2 Cadre réglementaire	22
2.3 « L'empathicité » : un soignant authentique dans une relation empathique	22
2.4 Le travail en équipe : fondement de la posture professionnelle infirmière	23
3. L'alliance de soin.....	25
3.1 L'alliance thérapeutique.....	25
3.2 L'alliance avec l'adolescent et sa famille	27
4. Hypothèse de recherche	29
IV. METHODOLOGIE ET ENTRETIENS.....	31
1. Choix de la population et de l'échantillon	31

2. Choix de l'outil	31
3. Limites de l'outil.....	31
V. SYNTHÈSE DE L'ANALYSE DES ENTRETIENS.....	33
1. Présentation, parcours, expérience et formation des infirmiers interrogés	33
2. Les activités à médiation thérapeutique	33
3. La posture soignante	34
4. L'alliance thérapeutique.....	35
5. Question d'ouverture	36
6. Confrontation des résultats de l'observation avec l'hypothèse.....	36
CONCLUSION.....	38
BIBLIOGRAPHIE.....	40
WEBOGRAPHIE	42
ANNEXES.....	43
ANNEXE 1 : GUIDE D'ENTRETIEN	44
ANNEXE 2 : RETRANSCRIPTION ENTRETIEN IDE 1	46
ANNEXE 3 : RETRANSCRIPTION ENTRETIEN IDE 2.....	57
ANNEXE 4 : GRILLE D'ANALYSE DES ENTRETIENS.....	64

INTRODUCTION

« La psychiatrie, ça me fait peur, car c'est un univers que je ne connais pas, je ne sais pas comment je réagirai face à des patients atteints de pathologies mentales ». Cette phrase je l'ai prononcée en Février 2013.

Du chemin, j'en ai fait depuis... A tel point qu'aujourd'hui, vous vous apprêtez à lire mon travail de fin d'études dont le thème est axé sur la psychiatrie ! Cette initiation à la recherche j'ai souhaité la mettre à profit de mon projet professionnel : la pédopsychiatrie.

Et des questions, je m'en suis posé. Je me rappelle de mes premiers cours à l'Institut de Formation en Soins Infirmiers (IFSI) de Poitiers, en février 2013, en groupe. Nous devions réfléchir, nous questionner, une fois n'était pas coutume, sur tout un « tas » de concepts. Les formateurs nous parlaient quotidiennement de cette posture réflexive qu'un infirmier doit avoir dans sa valise thérapeutique... Ca me paraissait chronophage de toujours devoir se poser des questions. Nous, étudiants infirmiers, nous voulions être dans l'action. Pourtant, 34 mois après, je peux dire que cette réflexivité, elle est essentielle dans notre exercice. En tout cas, pour moi, elle m'a permis de m'épanouir dans ma reconversion professionnelle, elle m'a ouvert les yeux sur mon projet professionnel. Elle m'a suivi tout au long de ces trois ans et surtout pendant ces quatre derniers mois, dans la réalisation de cet écrit.

La première partie de ce travail est consacrée à l'ancrage de ma réflexion. Les situations qui m'ont interpellées, qui ont amorcé cette initiation à la recherche. Mes motivations personnelles et professionnelles qui m'ont données la force et le plaisir de le faire. De mes difficultés relationnelles à prendre en charge des adolescents hospitalisés s'est ébauché tout un questionnement qui est le véritable point de départ de ce mémoire.

Et comme tout bon aventurier ou chercheur, quand on part vers un endroit que l'on connaît peu, il faut explorer. Je ne sais pas si je ferais un bon aventurier mais en tout cas la phase exploratoire que j'ai menée s'est révélée comme essentielle dans la construction de ce mémoire. Dans cette seconde partie, et période intense du travail, j'explique mon cheminement, mes premières lectures, mes premières inquiétudes, mes premiers pas en quelque sorte vers une démarche de recherche. Grâce aux activités à médiation thérapeutique, découvertes en stage, je me suis senti mieux dans la relation avec des adolescents. Il fallait que j'explore ce concept de médiation thérapeutique et ce qui se cache derrière. Et en quoi cela peut jouer dans la relation de confiance avec l'adolescent. Il fallait aussi que je comprenne l'adolescence et ses bouleversements. Et que j'approfondisse cette relation de soin basée sur ce concept de

confiance. C'est à la fin de cette phase exploratoire que les notions de posture soignante et d'alliance de soin se dégagent.

La phase conceptuelle permet de théoriser la réflexion. Elle sert de cadre à l'étudiant comme le cadre thérapeutique sert de repère au patient. Dans cette troisième partie, je définis et développe les notions précédentes en incluant nécessairement la prise en charge de la famille avec le concept d'adolescent. Mais l'émergence d'un autre attribut va donner une nouvelle direction à cet écrit : le travail en équipe. L'hypothèse de recherche suivante conclura cette conceptualisation : la construction en équipe pluridisciplinaire d'une activité à médiation thérapeutique facilite l'adhésion aux soins de l'adolescent et de sa famille.

Afin de valider ou réfuter cette hypothèse, j'ai réalisé deux entretiens avec des infirmiers de pédopsychiatrie. Une période de ce travail que j'ai beaucoup appréciée grâce à la richesse des échanges avec les professionnels. Dans ces quatrième et cinquième parties, j'explique et argumente le choix de l'outil d'enquête ainsi que ses limites avant de vous présenter la synthèse de l'analyse des deux entretiens.

I. SITUATIONS DE DEPART

1. Première situation

Lors de mon stage S3, en Neurochirurgie, j'ai pris en charge un adolescent de 14 ans. Il est dans le service pour subir une exérèse d'un méningiome. La prise en charge de ce patient a été difficile pour moi car il parle peu. Ses parents sont constamment présents dans sa chambre. Je ne me sens pas à l'aise. Je suis timide voire décontenancé quand je lui fais des soins. Pourquoi ?

Ce n'est pas moi ! Moi, qui, d'habitude, suis de bon contact, de bon relationnel avec les adolescents que je côtoie à l'extérieur ou avec les patients adultes que je prends en charge. Je n'y arrive pas. Je le sens sur la défensive. Je ressens même une certaine méfiance. C'est la première fois que cela m'arrive.

En tant que père, je suis également affecté émotionnellement par ce qui lui arrive. Je ne peux pas m'empêcher de penser à l'inquiétude que ses parents doivent ressentir. Je ressens qu'il a besoin de parler, d'être rassuré mais il reste de marbre. Et je n'arrive pas à capter sa confiance. Je ne sais pas comment faire pour communiquer, pour établir une relation avec lui. Je finis mon soin technique. Je finis mon service.

En rentrant chez moi, je me questionne sur cette prise en charge qui reste incomplète à mes yeux :

Pourquoi n'ai-je pas réussi à établir une relation avec lui ? Comment aurais-je dû m'y prendre pour amorcer sa confiance ? Pourquoi a-t-il mis à mal ma communication ? Pourquoi était-il sur la défensive alors que je venais pour le soigner ? Est-ce la présence des parents qui m'a déstabilisée ? Que dois-je faire pour que cela ne se reproduise pas ?

2. Seconde situation

Lors de mon stage au semestre 5, à l'hôpital psychiatrique de jour pour adolescents, j'ai eu l'occasion de prendre en charge plusieurs adolescents lors de groupes à médiation thérapeutique. Au bout de 3 semaines de stages, j'intègre le groupe modelage. Un groupe encadré par deux infirmières et entièrement composé d'adolescents (cinq garçons) qui n'adhèrent peu ou pas du tout à cette médiation.

L'un d'eux est un adolescent de 14 ans présentant des difficultés à gérer son impulsivité. Il est d'apparence calme et réservée mais il devient leader du groupe dans l'excitation et la provocation. Il est régulièrement exclu de son collège pour violences verbales et physiques envers ses pairs et les adultes.

Un jour, il emmène tout le monde à le suivre dans le refus de participer au groupe à médiation. Il provoque toute l'institution durant près de 2h : cache-cache, barricade, dégradations, menaces... A plusieurs reprises, il vient m'attaquer verbalement en me disant que je ne peux rien faire, que je n'ai aucun pouvoir sur lui. Il cherche également, par son attitude, la confrontation physique. Pourtant, je ne me sens pas menacé.

Une fois l'excitation légèrement retombée, je discute avec cet adolescent. Il m'explique qu'il ne comprend pas ce qu'il fait à l'hôpital de jour pour adolescents, surtout dans un groupe modelage. Cette activité ne lui convient pas. Il ne veut plus la faire. Son ton est agressif.

A lui seul, il a mis à mal une institution. Mais il a aussi mis à mal mes valeurs, mon comportement, mes réactions. C'est une situation qui m'a bouleversée car je me suis senti désemparé dans les solutions que je pouvais lui apporter. Peut-être qu'effectivement, il avait raison. Et si la médiation proposée n'était pas faite pour lui, pour ce groupe ? Et si c'était ma présence qui avait mis le feu au poudre, mes attitudes, mes paroles ? Pourquoi ne faisait-il pas confiance aux soignants et aux soins proposés ?

Ces deux situations m'emmènent au questionnement suivant :

Quelles différences y-a-t-il dans une relation de soin avec un adolescent ? Comment établir une relation de confiance dans la prise en charge d'un adolescent ?

Quelle posture professionnelle et quelle distance thérapeutique doit on adopter avec un adolescent hospitalisé ? Et avec ses parents ?

Comment comprendre l'agressivité d'un adolescent et rester dans une relation de soin ?

La médiation thérapeutique est-elle efficace avec un adolescent ?

Comment gérer ses émotions lors de la prise en charge d'un adolescent et rester dans une relation soignant/soigné ?

3. Motivations personnelles et professionnelles

Aujourd'hui je suis étudiant infirmier, hier je travaillais dans le commerce. Aujourd'hui, j'ai trente-quatre ans et vous lisez mon travail de fin d'étude. Cette reconversion, elle est réfléchie. C'est un soir d'automne 2010 qu'elle a germé puis muri. Après huit ans de commerce, j'avais besoin de changer. J'avais besoin d'un grand bol d'air. Faire un métier où je me sentirais bien, où je me sentirais utile, où je me réaliserais. Fils de pompier, neveu d'infirmière, ancien pompier volontaire, je suis tombé dans la marmite quand j'étais petit...Pas une marmite de potion magique mais une marmite d'envie de venir en aide. Infirmier est ainsi devenu une évidence.

Mais cette reconversion a réellement pris vie lors d'un stage en pédopsychiatrie auprès d'adolescents. Elle est devenue une vocation. Elle est devenue ma vocation professionnelle.

Pourtant mon projet professionnel a évolué au cours de ces trois années de formation. Au début, ma fibre urgentiste me projetait déjà comme un futur infirmier au Samu ou aux urgences. En début de formation, j'avais surtout une crainte : la psychiatrie ! Mon souhait : que ce stage obligatoire en psychiatrie arrive le plus tard possible. Il est arrivé au semestre 5 : un stage en pédopsychiatrie. Je me souviens de cette phrase d'un collègue : « Et si ça se trouve, ce stage va te révéler ». Et si, et si...Et oui, il avait raison.

En 70 jours de stage, je suis passé par de nombreux états, de nombreux questionnements, des bouleversements pour en arriver à cette certitude : je souhaite devenir infirmier en pédopsychiatrie et prendre en charge des adolescents. Ce travail de fin d'étude est le fruit de cette motivation et me semblait être élémentaire pour m'aider dans ce projet.

Car j'ai encore tout à apprendre sur ce public adolescent. Bouleversant comme cette période qu'il traverse : période ou état d'ailleurs ? Je me questionne aussi sur les différentes activités à médiation thérapeutique que j'ai pu pratiquer ou observer. Pourquoi sont-elles thérapeutiques ? Quels en sont les objectifs ? Un médiateur m'interpelle et me questionne particulièrement d'ailleurs car il est au centre du débat entre occupationnel et thérapeutique : le sport.

Et moi ? Et le soignant que je suis ? Comment gérer mes émotions, mes attitudes ou mes sentiments ? Quelle posture dois-je adopter pour gagner la confiance d'adolescents hospitalisés ? Un sujet passionnant pour moi. Un patient : ni enfant, ni adulte, qui peut « exploser » ou « implorer » à tout moment. Cela nous demande dans notre prise en charge, à nous les soignants, une certaine dose de confiance en soi, de remise en question, de connaissances et d'expériences.

Une citation métaphorique, de Françoise Dolto (pédiatre et psychanalyste française) sur la période adolescente, m'a marqué : « les homards, quand ils changent de carapace, perdent d'abord l'ancienne et restent sans défense, le temps d'en fabriquer une nouvelle. Pendant ce temps-là, ils sont très en danger. »¹

4. Question de départ

Les deux situations, le questionnement qui en découle et mes motivations ont entraîné la question de départ suivante :

En quoi une activité à médiation thérapeutique peut-elle être facilitante dans la relation de confiance auprès d'adolescents ?

¹ DOLTO (F), DOLTO TOLITCH (C), PERCHEMINIER (C), 2007, *Paroles pour adolescents ou le complexe du homard*, Paris : Galimard Jeunesse, pp15-16

II. PHASE EXPLORATOIRE

Il a fallu valider cette question de départ. Pour cela, je suis allé sur mon dernier lieu de stage, un hôpital de jour pour adolescents, utilisant notamment les médiations thérapeutiques de groupe dans la prise en charge.

1. Exploration sur le terrain

J'ai réalisé un entretien exploratoire avec un infirmier, diplômé d'état depuis vingt ans, ayant une expérience de quinze ans dans la prise en charge d'adolescents. L'entretien s'est déroulé autour de la question de départ. Je n'avais pas préparé en amont d'autres questions. Il a pris la forme d'un échange autour des concepts de l'adolescence, des médiations thérapeutiques et de la relation de confiance. L'infirmier interrogé m'a conseillé de voir où je me situais par rapport à ces concepts. Il m'a recommandé que l'on me retrouve dans mon travail en me disant : « Ce qui te questionne ? Sur quoi, toi Maxime le futur Infirmier, tu veux approfondir tes recherches ».

Il m'a dit que cette question de départ était pertinente. Mais que je me rendrai compte en lisant qu'elle était trop vaste. De par son expérience, il m'a fait réfléchir sur l'objectif d'une activité à médiation et surtout sur la place de l'infirmier dans celle-ci.

C'est donc dans la lecture d'ouvrages, de revues spécialisées et des cours de l'IFSI de Poitiers que je me suis orienté. Sans objectif fixé au début mais simplement dans le but de maîtriser un peu plus mon sujet. Pour cela, j'ai ciblé mes lectures autour de trois concepts : les médiations thérapeutiques, la relation de confiance et l'adolescence.

Cette phase exploratoire devait me permettre de faire du lien entre eux et d'aboutir sur une question de recherche. C'est à ce moment précis que la phase exploratoire a résonné en moi comme une phase de doute. Je lisais, prenais des notes, lisais, prenais des notes mais je ne voyais pas où cela me mènerait. Étais-je sur la bonne voie ?

Dans ce cheminement, je me suis intéressé, en premier, aux médiations thérapeutiques, puis à l'adolescence et enfin à la relation de confiance.

2. Exploration du concept de médiation thérapeutique

Dans le soin, on parle de médiation thérapeutique. Elle va « [...] servir d'intermédiaire entre soi et l'autre, c'est un outil [...] qui permet d'entrer en relation. »² L'expression d'activités à médiation thérapeutique me semble plus appropriée pour mon thème. Effectivement, c'est en utilisant une activité avec le patient que le soignant va pouvoir débiter une relation, avec un l'objectif thérapeutique (« partie de la médecine qui a pour objet le traitement des maladies »³).

Mes différentes lectures m'ont permis de voir que le soignant avait un rôle central dans l'organisation et l'animation des activités à médiation. Il est garant du cadre et de la temporalité. Je me questionne logiquement sur l'attitude, l'investissement, le comportement et la posture du soignant dans ces activités. C'est la conclusion d'un ouvrage qui résume parfaitement mon point de vue : « ce qui soigne [...] c'est la disposition intérieure du soignant face au patient [...] quand il lui manifeste un intérêt profond et authentique »⁴. La médiation utilisée n'est qu'un support, « l'infirmier est son propre outil »⁵.

De nombreux médiateurs sont utilisables dans le soin comme le modelage, les contes, le théâtre, la musique, le cinéma, les jeux, les animaux ou le sport. C'est particulièrement ce dernier qui m'intéresse de développer car il est au centre d'un débat de longue date entre occupationnel et thérapeutique. Pour moi, le sport n'est thérapeutique que si le soignant l'investit comme un médiateur de soin, sinon il reste occupationnel. C'est une activité particulièrement intéressante auprès de patients adolescents.

3. Exploration du concept d'adolescence

Le concept d'adolescence est complexe et vaste. J'en proposerai des définitions dans mon cadre conceptuel. Par l'intermédiaire de l'ouvrage de Daniel Marcelli, professeur en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, et d'Anne Lamy, journaliste spécialiste en psychologie, j'ai constaté que « l'adolescence n'est plus un passage mais un état »⁶ car on y entre de plus en plus tôt (11 ou 12 ans) et on en sort de plus en plus tard (23 ou 24 ans). Encore faut-il savoir ce qui en détermine sa sortie : « socialement autonome »⁷ ou « stabilité des représentations internes »⁸. C'est bien cette période de « multiples turbulences »⁹ et de bouleversements internes qui a motivé le thème de ce mémoire. Comprendre l'adolescence, saisir la différence entre normal et

² DEGUITRE (M) et al, 2014, « Soins à médiations corporelle en médecine psychologique de l'adolescent » in *Soins Pédiatrie-Puériculture*, n°278, p32

³ www.cnrtl.fr/lexicographie/therapeutique, page consultée en septembre 2015

⁴ LANGENFELD SERRANELLI (S), 2008, *Les contes au cœur de la thérapie infirmière*, Issy les Moulineaux : Elsevier Masson, p189

⁵ LANGENFELD SERRANELLI (S), op. cit. , p189

⁶ MARCELLI (D), LAMY (A), 2013, *L'état adolescent : miroir de la société*, Paris : Armand Colin, p11

⁷ Ibid. p18

⁸ Ibid. p18

⁹ Ibid. p15

pathologique à cette période ou encore réussir la relation avec un adolescent, sont trois questions que je me suis posé avant mon stage du semestre 5.

On sait que la communication, la relation aux autres, à ses pairs mais surtout aux adultes est perturbée pendant l'adolescence. Mais le véritable défi est de réussir à instaurer une relation avec un adolescent hospitalisé.

L'ouvrage de Solange Langenfeld Serranelli, infirmière de secteur psychiatrique, m'a permis de me questionner : une activité sportive thérapeutique peut-elle être assez contenante et cadrante dans la prise en charge d'adolescents.

Et surtout, quelles possibilités ont les soignants pour créer un lien de confiance avec ces jeunes patients ?

4. Exploration du concept de relation de confiance

La relation de confiance est un des piliers de la relation de soin. Elle n'en est pas pour autant facile à instaurer. « La construction de la relation est primordiale dans le processus thérapeutique, et dépend essentiellement de l'instauration d'un climat de confiance mutuelle. »¹⁰

Si la relation de confiance demande du temps à se construire, elle en reste toujours très fragile car dépendante de l'affect. « C'est avec son corps, sa parole et son affectivité que l'on entre en relation »¹¹. Comment faire confiance à quelqu'un que l'on ne connaît pas ou peu ?

Nous savons qu'un adolescent est logiquement perturbé par sa puberté, par sa quête d'identité. Il est souvent en conflit avec l'autorité. Le lien de confiance semble difficile à tisser. Il faudra réussir à capter sa confiance pour le soigner.

Et dans le soin, la relation de confiance est précurseur de la réussite de l'alliance thérapeutique. C'est en tout cas ce que j'ai pu constater en relisant mes cours. Ils m'ont orienté sur la revue Recherche en soins infirmiers n°66 dont un des sujets est : « De la relation de confiance à l'alliance thérapeutique »¹².

5. Synthèse de la phase exploratoire et question de recherche

C'est lors d'un entretien avec ma directrice de mémoire que mes idées se sont ordonnées. Le doute de l'étudiant a laissé place aux prémices d'une démarche réflexive. En synthétisant les lectures et l'entretien exploratoire que j'avais réalisés, il en est ressorti les mots clés suivants :

¹⁰ VASSEUR (A), CABIE (MC), 2005, « La relation de confiance, fondement de la résilience en psychiatrie » in *Recherche en soins infirmiers*, n°82, p43

¹¹ MANOUKIAN (A), MASSEBEUF (A), 2001, *Collection Pratiquer : la relation soignant-soigné*, Rueil-Malmaison : Editions Lamarre, p9

¹² BASTIAN (J), VALDEYRON (J-L), VAQUIER (V), 2001, « De la relation de confiance à l'alliance thérapeutique » in *Recherche en soins infirmiers*, n°66, p93

adolescence, activités sportives à médiation thérapeutique, alliance thérapeutique, attitude soignante.

Tout cela m'a amené à cette première question de recherche :

En quoi l'attitude du soignant influence-t-elle l'alliance thérapeutique dans la prise en charge d'un adolescent difficile, lors d'une médiation thérapeutique sportive ?

Mais c'est lors d'une guidance de mémoire collective, que mes pairs m'ont interpellé : c'est la posture soignante qui impacte la relation de confiance et, en cascade, l'alliance thérapeutique. Il a également été question de l'adolescent difficile : une notion délicate. Car un adolescent hospitalisé est logiquement un adolescent difficile ou en proie à des difficultés. Et dans sa prise en charge, nous ne devons pas délaissier les parents. Nous pouvons donc parler d'alliance entre les soignants, l'adolescent et ses parents : une alliance de soin. Ce sont ces divers questionnements, individuels et collectifs, qui ont déterminé la question de recherche suivante :

En quoi la posture soignante, lors d'une médiation thérapeutique sportive influe-t-elle sur l'alliance de soin avec un adolescent ?

III. CADRE CONCEPTUEL

Dès lors que la question de recherche est posée, il me faut définir son cadre conceptuel. Nous allons, dans cette partie, préciser deux concepts déjà explorés, qui définissent le cadre et le contexte de soin : les activités à médiation thérapeutique vont être abordées avec notamment le sport comme médiateur tandis que le concept d'adolescence sera développé dans l'objectif de prise en soin d'adolescents.

Deux autres concepts seront détaillés : la posture soignante et l'alliance de soin.

Le but de cette démarche est bien de faire le lien entre ces différentes notions afin d'en déduire une hypothèse de recherche. Il faudra essayer de comprendre la relation de causalité entre le cadre, le contexte, le soigné, le soignant et l'objectif thérapeutique.

1. Le contexte : Prise en charge d'un adolescent lors d'une médiation thérapeutique

1.1 Les activités à médiation thérapeutique

1.1.1 Définition

Le terme médiation vient du latin « mediare » qui signifie « être au milieu de, s'interposer »¹³. Dans le Petit Larousse, la médiation est définie comme « une entremise, une intervention destinée à amener un accord »¹⁴. En se penchant sur la racine étymologique de médiation, nous pouvons préciser ce qui est médiat : « qui se fait indirectement, qui passe par un intermédiaire »¹⁵ et qui s'oppose à l'immédiat.

La médiation doit permettre de résoudre un conflit par l'intermédiaire d'un ou plusieurs médiateurs. Ce sont ceux-là qui vont servir de supports, d'amorce à l'instauration d'une relation. Ces médiateurs peuvent être des activités, des objets, des personnes, ou des animaux.

1.1.2 Cadre réglementaire

Ainsi, le décret 2004.802 du 29 juillet 2004 relatif aux parties 4 et 5 du code de la santé publique précise par son article R4311-6 que l'infirmier en santé mentale accomplit par son rôle propre les actes de soins suivants : « activités à visée socio thérapeutique individuelle ou de groupe ».

¹³ <https://www.cairn.info/l-abc-de-la-vae>, page consultée en août 2015

¹⁴ <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/mediation>, page consultée en août 2015

¹⁵ http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/mediat_mediate/50098, page consultée en août 2015

Les activités thérapeutiques sont définies comme un ensemble d'actions inscrites dans un projet thérapeutique individualisé [...]. Elles visent à conserver, développer ou instaurer l'autonomie du patient et ses capacités relationnelles, physiques, gestuelles et/ou créatives¹⁶.

Notre rôle sur prescription, dans l'article R4311-7 du code de la santé publique stipule que nous pouvons avoir recours à « l'utilisation au sein de l'équipe pluridisciplinaire de techniques de médiation à visée thérapeutique ou psychothérapeutique ». C'est dans ce cadre que le soignant est amené à pratiquer une activité à médiation thérapeutique. Celle-ci sera choisie selon un objectif thérapeutique ciblé et en prenant en compte les ressources du patient.

Fort logiquement, sportif passionné, je me suis donc intéressé au sport comme médiateur. Intérêt conforté lors d'une discussion avec un cadre de santé qui me disait que c'était un médiateur thérapeutique très intéressant mais qu'il était en train de devenir seulement occupationnel car peu investi par les soignants.

1.1.3 Le sport : une activité à médiation thérapeutique parmi tant d'autres

Le mot sport tient sa racine dans l'ancien français de « desport » qui signifiait un « divertissement, plaisir physique ou de l'esprit »¹⁷. Il est intéressant de constater qu'historiquement le sport allie physique et psychique. Même si aujourd'hui on définit le sport moderne à travers des critères de compétitions et de fédérations, c'est bien dans ses entrailles historiques qu'il faut se pencher pour en trouver l'intérêt pour notre sujet.

La loi du 11 février 2005¹⁸ reconnaît l'accessibilité au sport comme un droit à part entière, cela constitue une avancée historique pour la pratique du sport en psychiatrie. Mais comment cette activité peut-elle être thérapeutique ?

Henri Bernard, président de l'association Sport en tête, le définit à travers cinq aspects thérapeutiques : la santé, la syntonisation (accord affectif de l'individu et de son milieu : rôle socialisant du sport), la mystification (pouvoir de distraction du sport), l'exercice physique comme auxiliaire des thérapeutiques et l'exercice physique comme situation thérapeutique (trio : soignant/soigné/activité).¹⁹

Aussi le sport est un « lieu de décharge des tensions internes, il permet d'apprendre à canaliser son énergie, à maîtriser ses sensations, ses émotions, ses pulsions (...) il inclut la

¹⁶ GUETH (B), SIRY (B), TROUCHE (J), 1996, « les activités psycho-sociothérapeutiques en psychiatrie » in *Recherche en soins infirmiers*, n°45, p18

¹⁷ <http://www.linternaute.com/dictionnaire/fr/definition/sport/#expression>, page consultée en novembre 2015

¹⁸ Loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées

¹⁹ BERNARD (H), 2007, « de l'intérêt du sport en psychiatrie », in *Santé mentale*, n°120, p 79

notion de temporalité et de limite... »²⁰. Ce qui devient intéressant dans la prise en charge d'un adolescent. Mais si le sport est thérapeutique c'est avant tout par le choix de l'activité pratiquée et les objectifs de celle-ci. Un match de rugby n'aura pas le même but que de l'escalade, qu'un tour de vélo, ou que du judo, par exemple.

Ainsi l'intérêt du sport thérapeutique réside dans le cadre que le soignant va poser : le nombre de séances, en groupe ou en individuel, la sortie de l'institution ou non, le trajet en voiture ou pas, le temps de parole avant et après, la présence d'un éducateur sportif ou non, la douche après ou pas. C'est au soignant de fixer les règles de l'activité choisie dans le but d'instaurer une relation avec l'adolescent. L'objectif de soin est défini : la contenance, l'affirmation de soi, la resocialisation, les limites du corps en sont des exemples.

Le choix de l'activité sportive doit être organisé par rapport au patient. C'est la posture du soignant avant, pendant et après sa pratique, qui devra en donner sa dimension thérapeutique.

Le sport est :

*un médiateur particulièrement puissant, socialement et culturellement reconnu. Il contribue à un partage de valeurs, à la relation, à l'échange mais aussi à une confrontation directe avec soi-même et avec ses limites physiques et psychiques.*²¹

Malgré mon intérêt pour le sport, il faut admettre que ce n'est qu'un médiateur, un outil au même titre que la musique, la création, les contes, par exemple. Toutefois, il peut s'avérer adapté avec ces patients traversant l'adolescence.

1.2 L'adolescence

Il est important de connaître le fonctionnement normal d'un adolescent pour pouvoir prendre en charge le côté pathologique de celui-ci. Mais, il faut également considérer le cadre législatif car un adolescent est, avant tout, un mineur aux yeux de la loi. C'est avec ses parents qu'il faudra penser le soin. Enfin la relation avec l'adolescent peut se révéler difficile, quels en sont ces aspects ?

1.2.1 Définition

Il semble complexe de ne donner qu'une seule définition de l'adolescence. Le mot « adolescence » tient sa racine du latin « adolescere » qui signifie « grandir vers ». Dans la langue romaine, « adescens » signifiait « en train de grandir » ce qui l'opposait à « adultus » qui avait « fini de grandir ».

²⁰ KUDELSKI (M), 2010, « le sport, le laissé pour compte de la psychiatrie », in *L'information psychiatrique*, vol.86, p880

²¹ ROSANI (M), DAVIDE (B), 2013, « le sport une médiation thérapeutique », in *Soins psychiatrie*, n°285, p19

L'adolescence est définie dans le Larousse comme une « période de la vie entre l'enfance et l'âge adulte, pendant laquelle se produit la puberté et se forme la pensée abstraite »²². L'encyclopédie médicale du Larousse précise « qu'elle débute à la puberté (vers 11-13 ans chez la fille, 13-15 ans chez le garçon) et s'accompagne d'importantes transformations biologiques, psychologiques et sociales »²³.

Nous pouvons retenir la définition de l'Organisation Mondiale de la Santé :

*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. Elle représente une période de transition critique dans la vie et se caractérise par un rythme important de croissance et de changements*²⁴.

1.2.2 Attributs du concept d'adolescence

Ces différentes définitions ont en commun le changement et le passage d'un état à un autre qui s'accompagnent de bouleversements, de tensions internes. Celles-ci peuvent s'accompagner de troubles psychiques nécessitant des soins. Le terme adolescence est souvent lié au mot crise, cela peut paraître logique.

Marie Christine Audetat et Christian Voirol, deux psychologues suisses, se sont intéressés à l'adolescence afin de mieux connaître cette période pour mieux adapter l'enseignement. Ils écrivent que pendant cette période l'adolescent doit en effet :

*Gérer au mieux les changements corporels qu'il subit, l'image de soi qui se trouve de fait modifiée, la recherche et l'affirmation de son identité, les attentes des parents ainsi que la multiplication des rapports sociaux*²⁵.

Au niveau des relations sociales, les auteurs cités précédemment constatent que « l'adolescence est caractérisée par deux phénomènes essentiellement, à savoir le besoin d'indépendance par rapport à l'autorité et le désir d'appartenance à un groupe »²⁶. Cette ambivalence peut provoquer chez certains adolescents des troubles psychiques.

Nous pouvons retenir la définition de Daniel Marcelli et d'Anne Lamy qui regroupe toute la complexité de l'adolescence :

C'est à la fois un phénomène individuel dans un contexte éminemment social, dans un cadre infiniment culturel [...] l'adolescence représente donc une phase de tension où tous ces mouvements doivent arriver à coïncider : le

²² <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/adolescence>, page consultée en septembre 2015

²³ <http://www.larousse.fr/encyclopedie/medical/adolescence/>, page consultée en septembre 2015

²⁴ http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/fr/, page consultée en septembre 2015

²⁵ AUDETAT (M), VOIROL (C), <http://www.psynergie.ch/ressources.html>, Rubrique : Pédagogie Culture et Société, sous rubrique : L'élève, chapitre : L'adolescent, page consultée en octobre 2015

²⁶ Ibid. <http://www.psynergie.ch/ressources.html>

*choix de sa propre sexualité, de son partenaire amoureux, de ses études puis d'un métier*²⁷.

Avec ces différentes propositions de définition, cela apparaît compréhensible que certains adolescents présentent des troubles du comportement à type d'agressivité ou d'impulsivité. Cela peut être la manière la plus directe d'évacuer ces tensions internes devenues insupportables pour certains d'entre eux. Est-ce le point de départ d'une pathologie ? Certains développeront des phobies liées à une source d'anxiété, d'autres un repli sur soi, voire une dépression. Pour certains, ce sera de l'auto-agressivité, ou de l'hétéro-agressivité. Les soignants seront confrontés à ces débordements et devront adopter une posture adaptée pour canaliser leur patient et éviter leur possible mise en danger. C'est ce qui caractérise, notamment, la prise en charge difficile de l'adolescent.

1.2.3 Cadre réglementaire

Si dans la précédente partie, l'adolescent a pu être défini comme un individu à part entière : ni enfant, ni adulte, d'un point de vue législatif, l'adolescent est un mineur. L'âge de la majorité en France a été fixé à 18 ans par la loi 74-631 du code civil du 5 juillet 1974.

La circulaire DGS-DH n° 132 du 16 mars 1988 relative à l'amélioration des conditions d'hospitalisation des adolescents donne la précision suivante :

*S'il est difficile de définir l'adolescence en termes chronologiques, en pratique, doivent être considérés comme adolescents les patients âgés de treize à dix-neuf ans, étant entendu que ces limites d'âge ne sauraient être strictes et doivent être adaptées en fonction de variables individuelles.*²⁸

La plupart des adolescents hospitalisés sont mineurs et entrent ainsi dans la législation des enfants hospitalisés. L'article premier de la convention internationale des droits de l'enfant du 20 novembre 1989 va dans ce sens : « un enfant s'entend de tout être humain âgé de moins de dix-huit ans »

La prise en charge d'un adolescent mineur s'articulera avec les parents, tributaires de l'autorité parentale. Elle est définie par l'article 371-1 du code civil comme un « ensemble de droits et de devoirs ayant pour finalité l'intérêt de l'enfant [...] pour le protéger dans sa sécurité, sa santé et sa moralité [...] les parents associent l'enfant aux décisions qui le concernent, selon son âge et son degré de maturité ». La loi 2002-305 du 4 mars 2002 dispose que « les parents exercent en commun l'autorité parentale » sauf exception accordé par un jugement.

²⁷ MARCELLI (D) et LAMY (A), op.cit, p193-194

²⁸ <http://www.fhp.fr/Default.aspx?lid=1&rid=6&rvid=839&article=3218>, page consultée en septembre 2015

« Le médecin qui soigne un enfant doit une information loyale et précise aux parents, et leur consentement lui est nécessaire pour agir car ils ont l'autorité parentale » comme le rappelle l'article 371 -2 du code civil.

Il faudra chercher à obtenir le consentement du mineur et de ses parents pour prodiguer des soins. Il faudra informer l'adolescent et ses parents de toute décision médicale. Le soignant respectera ainsi la charte de l'enfant hospitalisé de 1988.

Dans le cadre du thème de ce travail, plusieurs textes réglementaires traitent de la prise en charge des enfants et adolescents en psychiatrie. La circulaire n° 70 du 11 décembre 1992 relative aux orientations de la politique de santé mentale en faveur des enfants et adolescents en rappelait l'enjeu de santé publique.

La circulaire DGS/DGAS/DHOS/DPJJ n° 2002-282 du 3 mai 2002 relative à la prise en charge concertée des troubles psychiques des enfants et adolescents en grande difficulté mettait l'accent sur l'importance de :

Mettre en œuvre au cours de l'hospitalisation une approche globale intégrant l'amont et l'aval de celle-ci et assurer la continuité de la prise en charge. Cela suppose la collaboration entre les différents partenaires des champs soignant, judiciaire, éducatif et social, la participation de la famille et la mobilisation forte des différents intervenants (travailleurs sociaux, psychologues, soignants) en veillant à la qualité des relais.²⁹

Dans ce contexte, nous comprenons fort logiquement que la médiation thérapeutique sera un soin prescrit par un médecin qui l'expliquera à l'adolescent et à ses parents. Ils devront être consentants à sa mise en place : les parents car détenteurs de l'autorité parentale et l'adolescent car « le consentement du mineur [...] doit être systématiquement recherché s'il est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision. » (Article L111-4 du Code de la Santé publique).

L'infirmier organisera son activité en collaboration avec l'équipe pluridisciplinaire et adoptera sa posture professionnelle en recherchant une véritable alliance de soins entre le soignant, l'adolescent et les parents. Cela semble être le gage de la réussite.

Sigmund Freud, médecin neurologue clinicien et inventeur de la psychanalyse, disait en 1933 :

Les résistances internes, que nous combattons chez l'adulte, sont, la plupart du temps, remplacées chez l'enfant par des difficultés extérieures. Lorsque les parents se font les porteurs de la résistance, le but de l'analyse ou même celle-ci se trouve compromis ; c'est pourquoi il est souvent nécessaire

²⁹ Circulaire DGS/DGAS/DHOS/DPJJ n° 2002-282 du 3 mai 2002, <http://www.sante.gouv.fr> , page consultée en septembre 2015

*d'associer à l'analyse de l'enfant une part d'influence analytique exercée chez les parents.*³⁰

2. La posture soignante

Dans la suite logique de notre cadre conceptuel, il est important d'essayer de définir la posture soignante. Comme nous l'avons constaté précédemment, le soignant, par sa posture professionnelle, jouera un rôle influant dans la relation de soin avec son patient.

2.1 Définition

Étymologiquement, le terme posture est emprunté de l'italien « postura » qui veut dire « position, attitude ». Il tient ses racines du latin « positura » qui signifiait « position, disposition ». Il est intéressant de constater que, dès son origine, le terme posture prenait en compte aussi bien une position : la position du corps donc la position physique. Mais également la disposition, qui pourrait être la disposition de l'esprit donc la position psychique de l'individu comme l'a défini l'encyclopédie Larousse : « Tendance de quelqu'un à être ou à agir d'une certaine manière »³¹

Le soignant étant la « personne qui donne des soins »³², il faut s'intéresser à ce qu'est un soin. De mes lectures, j'en retiendrai cette description :

*Des soins de qualité impliquent nécessairement une double dimension, celle d'une technique thérapeutique qui se doit d'être conforme aux connaissances scientifiques les plus récentes d'un côté et de l'autre celle d'une indispensable considération de ce sujet et de ses particularités dans son état de vulnérabilité, considération qui vise à lui restituer l'entièreté de sa capacité à prendre soin de lui-même*³³.

La posture soignante serait l'attitude, la position que le soignant adopte dans la pratique de sa profession, en respectant un savant mélange entre technique et relation.

Si le soignant est infirmier, nous parlerons de posture infirmière. Infirmier étant une profession, le terme posture professionnelle infirmière semble le plus adapté.

La notion de soins infirmiers « désigne autant une pratique qu'une posture morale »³⁴ et dont le but est :

D'aider les individus, les familles et les groupes à déterminer et réaliser leur plein potentiel physique, mental et social et à y parvenir dans le contexte de l'environnement dans lequel ils travaillent. [...] Ils sont à la fois un art et

³⁰ FREUD (S) cité par FOUSSON (J), 2012 : « L'alliance thérapeutique avec l'adolescent en crise » in *Le chameau psychiatrique*, www.chameaupsy.com/articles-originaux/180-jf-2012b, page consultée en octobre 2015

³¹ <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/disposition>, page consultée en septembre 2015

³² <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/soignant>, page consultée en octobre 2015

³³ MARCELLI (D) cité par PERIER (A), 2014, *Psychothérapies psychanalytiques à l'adolescence*, Paris : éditions Armand Colin, p.25

³⁴ <http://www.sante-medecine/soin-infirmier-definition>, page consultée en septembre 2015

*une science qui requièrent la compréhension et l'application de connaissances et de compétences spécifiques à la discipline, qui intègrent aussi des connaissances dérivées des sciences humaines et des sciences physiques, sociales, médicales et biologiques.*³⁵

En essayant de décoder la posture professionnelle infirmière, nous comprenons que c'est une somme de savoirs, de pratiques, d'expériences, de vécus et de valeurs. Elle est au carrefour de la responsabilité infirmière et de l'engagement infirmier.

2.2 Cadre réglementaire

Le référentiel de formation des infirmiers, par son arrêté de 2009³⁶, expose cette notion dans le champ d'enseignement 5 : « Intégration des savoirs et posture professionnelle infirmière ». Tout au long de la formation, par l'intermédiaire d'unités d'intégration mais aussi de stages, l'étudiant va acquérir des savoirs (savoir, savoir-faire et savoir être) qu'il va assimiler pour exercer sa future profession. Ce sont les fondations de sa posture professionnelle.

Le champ d'enseignement 5, est organisé selon six unités d'enseignement : accompagnement de la personne dans la réalisation de ses soins quotidiens ; évaluation d'une situation clinique ; communication et conduite de projet ; soins éducatifs et formation des professionnels et des stagiaires ; mise en œuvre des thérapeutiques et coordination des soins ; analyse de la qualité et traitements des données scientifiques et professionnelles.

Pour préciser ce concept de posture soignante ou plus précisément de posture professionnelle infirmière, il faut la contextualiser. Dans la prise en charge d'un adolescent, lors d'une activité à médiation thérapeutique, quels en sont ses attributs ?

C'est par notre posture professionnelle infirmière que nous allons instaurer un lien de confiance avec le patient. Il m'a semblé intéressant de développer trois attributs de la posture soignante qui sont indispensables pour gagner la confiance d'un adolescent hospitalisé : l'authenticité liée à l'empathie et le travail d'équipe.

2.3 « L'empathicité » : un soignant authentique dans une relation empathique

L'authenticité c'est 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 »³⁷.

³⁵ SALVAGE (J), 1995, *Les soins infirmiers en action*. Copenhague : OMS éditeur, collections Bureau régional de l'Europe, série européenne n° 48

³⁶ Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier, version consolidée au 24 septembre 2015 consultée sur www.legifrance.gouv.fr

³⁷ MORASZ (L) et al. , 2005, *L'infirmier en psychiatrie*, Issy les Moulineaux : Masson Editeur, p115

L'adolescent a cette capacité à ressentir l'authenticité du soignant. Il va d'abord se méfier lors de la rencontre, puis tester cette valeur. Il accordera sa confiance à un soignant qu'il sent vrai, qu'il sent sincère. C'est grâce à cette authenticité que l'infirmier va pouvoir mettre en place un climat de confiance débouchant sur une relation de soin.

Pour Jean Paul Sartre, écrivain et philosophe français, l'authenticité dépasse la simple sincérité et lui est moralement supérieure.

L'authenticité s'associe avec l'empathie pour en faire la base solide de la relation soignant-soigné. Ce que je nomme comme « l'empathicité », c'est le caractère indissociable de ces deux notions pour une prise en charge de qualité, c'est être authentique dans une relation empathique.

L'empathie est une « sorte de bienveillance professionnelle qui permet de pénétrer humainement dans l'univers de l'autre tout en gardant sang-froid et objectivité »³⁸.

Nous parlerons de bonne distance ou de juste distance entre soignant et soigné ou encore de distance thérapeutique. Avec un adolescent celle-ci est compliquée à trouver. Mais ce qui est sûr, c'est que pour réussir la recette de la confiance, les deux ingrédients principaux sont l'empathie et l'authenticité, racines du néologisme inventé précédemment, « l'empathicité »

Nous pourrions en citer d'autres comme la congruence, la considération positive ou l'implication qui cimentent également la posture professionnelle infirmière. Mais c'en est un autre, étonnamment, que nous allons développer : le travail en équipe ! Cela peut paraître surprenant mais celui-ci doit être intégré dans cette posture : un infirmier doit savoir travailler en équipe.

2.4 Le travail en équipe : fondement de la posture professionnelle infirmière

« Etre infirmier en psychiatrie c'est aussi travailler en équipe [...] la formation et le développement de l'identité soignante se nourrissent donc de liens groupaux prévalent qui forment un modèle »³⁹.

Selon la définition du dictionnaire Larousse, l'équipe est un ensemble de personne travaillant à une même tâche.⁴⁰

Equipe viendrait du vieux français « esquif », qui désignait à l'origine une suite de chalands attachés les uns aux autres et tirés par des hommes, est-ce l'image des bateliers tirant sur la même corde ou celle de bateaux attachés ensemble [...] toujours est-il qu'on a parlé un jour d'équipe de travailleurs pour réaliser une œuvre commune, puis ensuite d'équipe de sportifs pour gagner un match. Il y a donc dans ce mot un lien, un but commun, une

³⁸ Ibid p115

³⁹ Ibid p268

⁴⁰ <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/equipe/30690>, page consultée en octobre 2015

*organisation, un double dynamisme venant aussi bien de la tête que de l'ensemble, une victoire à gagner ensemble*⁴¹

Il apparaît que travailler en équipe peut s'apparenter à mettre en commun, des individualités avec des personnalités différentes, des valeurs propres à chacun mais qui auront un objectif commun. L'équipe soignante respecte cette logique avec le soin comme finalité commune.

Pourtant, « notre éducation basée sur l'individualisme, et nos formations, promotions basées sur le concours et le mérite individuel ne favorisent pas l'émergence spontanée d'un esprit de corps »⁴²

L'infirmier doit intégrer que le travail en équipe fait partie de sa posture professionnelle. En devenant infirmier, il devient membre du corps infirmier, membre d'une équipe de soins, membre d'un groupe soignant. S'il ne doit pas pour autant effacer ses valeurs personnelles, il devra admettre que l'équipe est plus forte que l'individu. L'infirmier cherchera à travailler en collaboration pluridisciplinaire afin d'assurer une cohésion d'équipe et de garantir, ainsi, une prise en charge de qualité.

Jean Michel Motta (cadre de santé) reprend ainsi Robert Mucchielli (neuropsychiatre et philosophe) qui, dans son livre « Le travail en équipe », définissait les sept conditions du travail d'équipe :

1. Une communication interpersonnelle bilatérale facile dans toutes les directions et non pas seulement selon le réseau constitué en vue de la tâche ;
2. L'expression possible des désaccords et des tensions ;
3. La non mise en question de la participation affective du groupe ;
4. L'entraide en cas de difficulté d'un des membres ;
5. La volonté de suppléance d'un membre défaillant ;
6. La connaissance a priori des aptitudes, réactions, initiatives de tous les autres par chacun ;
7. La division du travail après élaboration en commun d'objectifs et acceptation d'une structure si la tâche l'exige et en fonction de la tâche⁴³

L'article R4311-1 du code de la santé publique (CSP) indique que les infirmiers « exercent leur activité en relation avec les autres professionnels du secteur de la santé, du secteur social et médico-social et du secteur éducatif. » L'article R4311-3 du même code précise « qu'il peut élaborer, avec la participation des membres de l'équipe soignante, des protocoles de soins infirmiers relevant de son initiative ». L'article R4311-4 du CSP définit la collaboration des

⁴¹ LAFON (R), cité par MOTTA (JM), 2003, *Pour une approche du travail en équipe*, <http://www.cadredesante.com/spip/profession/management/Pour-une-approche-du-travail-en.html>, page consultée en octobre 2015

⁴² MOTTA (JM), 2003, *Pour une approche du travail en équipe*, <http://www.cadredesante.com/spip/profession/management/Pour-une-approche-du-travail-en.html>, page consultée en octobre 2015

⁴³ MUCCHIELLI (R) cité par MOTTA (JM), 2003, *Pour une approche du travail en équipe*, <http://www.cadredesante.com/spip/profession/management/Pour-une-approche-du-travail-en.html>, page consultée en octobre 2015

infirmiers avec les aides-soignants notamment. Autant d'articles de loi qui posent le cadre réglementaire de la profession infirmière et du nécessaire travail en équipe.

Dans le contexte d'activités à médiation thérapeutique, il me semble intéressant de citer l'article R4311-7 alinéa 42 du CSP, qui entre dans le champ de notre rôle sur prescription : « Entretien individuel et utilisation au sein d'une équipe pluridisciplinaire de techniques de médiation à visée thérapeutique ou psychothérapeutique ».

L'infirmier est un élément d'une équipe de soins. C'est cette dernière qui porte le projet de soins. Il semble très important que les différentes médiations soient validées en équipe. Nous entendons parler, à juste titre, de pluridisciplinarité ou d'interdisciplinarité, mais c'est bien la cohésion d'équipe qui permettra d'atteindre l'objectif thérapeutique.

Cela est peut être encore plus important dans la prise en charge d'un adolescent. En proie avec de multiples changements, en quête d'identité, d'indépendance et d'autonomie, il cherche souvent à cliver les différents soignants entre eux. Ainsi une équipe qui ne serait pas soudée, qui n'aurait pas cette cohésion, qui n'aurait pas un projet de soins commun ne pourrait pas assurer une prise en charge de qualité à cet « adolescent cliveur ».

En conclusion sur cette partie, et en prenant en compte seulement les éléments développés précédemment, on pourrait résumer la posture professionnelle infirmière avec cette phrase : être empathique, être authentique, être équipe. Ce sont les ingrédients pour instaurer une relation de confiance entre soignants et patients, entre soignants et adolescents, entre soignants et familles.

Et quand il y a relation de confiance, peut alors, débiter l'alliance de soin.

3. L'alliance de soin

L'alliance de soin fait intervenir un thérapeute, un patient (l'adolescent) et son entourage (ses parents). Elle peut être citée comme un synonyme d'alliance thérapeutique ou comme un terme plus général. La différence entre ces deux expressions se retrouve peut être dans le nombre d'acteurs : alliance entre deux ou trois entités selon les termes.

3.1 L'alliance thérapeutique

L'arrêté du 31 juillet 2009 détaillant le référentiel d'activités et de compétences du métier infirmier, nous permet d'aborder ce concept d'alliance thérapeutique, notamment dans la compétence 6 : Communiquer et conduire une relation dans un contexte de soin. Précisément dans le paragraphe 4 : Rechercher et instaurer un climat de confiance avec la personne soignée et son entourage en vue d'une alliance thérapeutique.

Etymologiquement alliance vient du verbe allier et du latin *alligare* : « attacher à, mettre avec ». On peut retrouver la notion d'union et d'engagement mutuel.

C'est Freud qui aborde le concept d'alliance thérapeutique pour la première fois dans sa dynamique de transfert.

La définition la plus souvent reprise est celle de Edward S. Bordin (psychanalyste américain) : l'alliance thérapeutique est une « compréhension et un accord mutuel au sujet des buts de changement (goals) et de tâches (tasks) nécessaires pour avancer vers ces buts s'accompagnant de la création de liens (bonds) afin de maintenir le travail des partenaires »⁴⁴. On retrouve les attributs nécessaires à l'alliance thérapeutique avec un patient à savoir la compréhension, l'accord, l'engagement, les tâches pour y arriver, les liens de confiance entre les différents protagonistes notamment et les différents partenaires pluridisciplinaires.

Si Elisabeth Zetzel (médecin psychanalyste) a introduit la notion d'alliance thérapeutique comme découlant de l'attachement du patient au thérapeute, Carl Rogers (psychologue américain) a suggéré que le thérapeute devait faire preuve d'empathie, d'un regard inconditionnellement positif et d'une authenticité afin que le patient ressente le bénéfice de cette alliance thérapeutique.

Selon les différents psychanalystes qui se sont intéressés à l'alliance thérapeutique, on peut ressortir des similitudes sur leurs analyses. Pour qu'il y ait alliance, il faut une collaboration entre soignant et patient, une relation de confiance, permettant de travailler ensemble sur des objectifs ciblés et compris (soigner ou accompagner dans la maladie, par exemple). Pour nombre d'entre eux, le soignant thérapeute adoptera une posture empathique et authentique afin de maximiser la réussite de cet engagement. Cela s'appuie également sur la volonté du patient, sur des émotions partagées entre soignant et patient et sur une contractualisation des engagements (orale ou écrite).

Une définition peut résumer la notion d'alliance thérapeutique : c'est « la construction d'une relation dynamique entre un soignant et un soigné reposant sur un ensemble de conditions : respect, engagement, solidarité, réciprocité, sentiment d'avoir été entendu par l'autre »⁴⁵.

La complexité pour le soignant est d'injecter la juste dose d'empathie et de juste distance professionnelle. L'alliance doit à la fois prendre en compte les problèmes propres du patient et ceux de sa famille, en évitant de prendre parti pour l'un ou l'autre. Sa réussite reposera tant sur la continuité des soins que sur l'institution garante du cadre thérapeutique.

⁴⁴ BORDIN (ES) cité par FOUSSON (J), 2012, « l'alliance thérapeutique avec l'adolescent en crise », in *le chameau psychiatrique*, www.chameaupsy.com/articles-originaux/180-jf-2012b, page consultée en octobre 2015

⁴⁵ GAGNAYRE (M), BAILLY (C) et al, cité par TALON (C), 2014, Travail de fin d'études, *Psychoéducation et médicamenteuse du patient bipolaire*, IFSI de Rambouillet

3.2 L'alliance avec l'adolescent et sa famille

3.2.1 L'alliance avec l'adolescent

De par les bouleversements psychiques qu'il traverse, l'adolescent qui consulte est souvent fermé et opposé à la discussion, protégeant ainsi son intimité. La temporalité des rencontres et le cadre instauré, identique et rassurant, doivent permettre l'instauration d'une relation de confiance.

Il faut faire la distinction entre l'adolescent qui demande les soins et l'adolescent qui est hospitalisé sur la décision de ses parents. Nous comprendrons que la relation ne sera pas la même au départ entre ces deux situations. «En règle générale, non seulement l'adolescent ne demande rien, mais en outre il s'oppose souvent à la demande de ses parents, du moins au début [...] De la part de l'adolescent, le refus de consulter est donc habituel»⁴⁶.

Lors des premières rencontres, le soignant devra rechercher les conditions d'une alliance et se laisser le temps d'y arriver en respectant le rythme de l'adolescent. « Les premières consultations doivent s'efforcer d'établir la "bonne distance" entre l'adolescent et le consultant à partir de laquelle ce travail de réflexion-introspection en présence d'un autre devient possible»⁴⁷.

Au fur et à mesure, il semble primordial de ne pas rester dans une relation duelle « en introduisant du tiers dans cette relation [...] qui peut se faire, par exemple, lors des psychothérapies, par la mise en place de « thérapies bi ou pluri-focales », ou par le travail en équipe»⁴⁸.

Mais si la recherche de l'alliance avec l'adolescent semble être la première condition à la réussite thérapeutique de celle-ci, elle ne pourra que difficilement se faire sans l'alliance avec sa famille. Or, la perturbation de la dynamique familiale est souvent le motif d'hospitalisation de l'adolescent.

3.2.2 L'alliance avec la famille

Plusieurs situations peuvent se présenter. Les parents peuvent être demandeur tous les deux, ou seulement un des deux. La décision d'hospitalisation peut être induite par une institution (école, collège, lycée, service éducatif) ou par un jugement. La prise en charge des parents n'est donc pas la même qu'ils soient demandeurs ou non. L'alliance sera plus difficile avec des parents non consentants.

⁴⁶ MARCELLI (D), BRACONNIER (A) cité par FOUSSON (J), 2012 « L'alliance thérapeutique avec l'adolescent en crise » in *Le chameau psychiatrique*, www.chameaupsy.com/articles-originaux/180-jf-2012b, page consultée en octobre 2015

⁴⁷ Ibid, www.chameaupsy.com/articles-originaux/180-jf-2012b, page consultée en octobre 2015

⁴⁸ Ibid, www.chameaupsy.com/articles-originaux/180-jf-2012b, page consultée en octobre 2015

Il semble intéressant de travailler avec les parents sur la souffrance de leur adolescent car « dans la majorité des cas les parents perçoivent la détresse ou la souffrance de leur enfant [...] Quelle que soit la gravité de la pathologie, un accord pourra se faire sur l'indication du soin »⁴⁹. L'équipe soignante doit prendre en compte l'importance des parents dans sa prise en charge.

« Marcelli et Braconnier suggèrent également que, si l'on considère les deux parents et l'adolescent, le nombre d'alliés que compte le psychiatre parmi eux peut donner une indication schématique des possibilités de prise en charge :

- avec aucun ou un seul allié le consultant ne peut pratiquement rien faire ;
- avec deux alliés un cadre thérapeutique peut le plus souvent se mettre en place ;
- avec trois alliés le traitement sera facile à mettre en place et efficace sauf dans les quelques cas de pseudo-alliance de surface.»⁵⁰

C'est une alliance unanime et globale que nous devons rechercher. L'équipe pluridisciplinaire semble en être un des piliers car un soignant seul ne pourra endosser ce rôle. L'adolescent est le plus souvent en conflit familial mais c'est avec la participation de sa famille que le conflit pourra se régler.

Il ne faut pas ignorer la loi, l'adolescent mineur est sous l'autorité parentale : les soignants doivent obligatoirement les informer, les associer.

Ainsi la citation de Marcelli et Braconnier (psychiatre psychanalyste) peut conclure cette partie :

« Nous définirons l'alliance thérapeutique comme la possibilité que thérapeute, adolescent et parent(s) s'accordent sur la reconnaissance d'un problème, sa nature et sur les moyens nécessaires pour entreprendre de le résoudre ou au moins tenter de le faire. »⁵¹

Ses moyens nécessaires cités peuvent être des activités à médiation thérapeutique.

3.2.3 L'adhésion au soin par l'intermédiaire des médiations : en route vers l'alliance ?

Si nous avons vu précédemment les conditions nécessaires à l'alliance thérapeutique, nous pouvons écrire quelques lignes sur l'importance des médiations thérapeutiques dans cette adhésion au soin.

Les activités à médiation thérapeutique permettraient ainsi de rassurer l'adolescent à travers des séances identiques, dont les règles ont été fixées lors de la première rencontre.

⁴⁹ MARCELLI(D) cité par PERIER (A), op.cit. , p35

⁵⁰ FOUSSON (J), op. cit., www.chameaupsy.com/articles-originaux/180-jf-2012b, en octobre 2015

⁵¹ MARCELLI (D), BRACONNIER (A), op. cit., www.chameaupsy.com/articles-originaux/180-jf-2012b, page consultée en octobre 2015

Donald Woods Winnicott, pédiatre, psychiatre et psychanalyste britannique, parlait d'aire intermédiaire ou d'aire transitionnelle :

« ...dans la vie de tout être humain, il existe une troisième partie que nous ne pouvons ignorer, c'est l'aire intermédiaire d'expérience à laquelle contribue simultanément la réalité intérieure et la vie extérieure. Cette aire n'est pas contestée car on ne lui demande rien d'autre sinon d'exister en tant que lieu de repos pour l'individu engagé dans cette tâche humaine interminable qui consiste à maintenir, à la fois séparée et reliée l'une à l'autre, réalité intérieure et réalité extérieure »⁵².

On peut alors très bien comprendre que la médiation thérapeutique serait cette aire intermédiaire qui permettrait la rencontre entre thérapeute et patient. La temporalité et le cadre de ses rencontres permettraient de tendre vers l'adhésion au soin.

Le temps étant l'allié du soin en psychiatrie, la répétition de ces activités dans un timing réfléchi et précis avec des soignants référents et une équipe soignante impliquée serviraient l'adhésion au soin de l'adolescent.

L'explication du projet à la famille, des entretiens organisés entre parents et soignants, un suivi psychologique proposé à chacun et des consultations médicales sont nécessaires pour impliquer la famille au projet et par conséquent les faire adhérer aux soins. C'est en équipe que se décide la prise en charge globale d'un adolescent et de sa famille. C'est en équipe que se construisent les activités à médiation thérapeutique, le projet de soins et son suivi. C'est donc en équipe que l'alliance thérapeutique peut s'établir et se maintenir.

L'établissement et le maintien d'une alliance thérapeutique avec l'adolescent ont d'autant plus de chance de se réaliser qu'une alliance se développe également avec chacun des parents, que la prise en charge n'avive pas chez le jeune patient un conflit de loyauté et que la dynamique familiale conduit l'adolescent à être confondu avec son symptôme.⁵³

4. Hypothèse de recherche

En synthétisant les recherches du cadre contextuel et conceptuel, on peut déterminer l'hypothèse de recherche suivante :

La co-construction d'une activité à médiation thérapeutique en équipe pluridisciplinaire facilite l'adhésion au soin de l'adolescent et de sa famille.

Nous constatons, dans cette hypothèse, que nous sommes revenus à une activité à médiation thérapeutique, au sens large. Car après les différentes recherches, nous nous apercevons que le sport n'est qu'un outil que le soignant utilisera. Ce qu'il est intéressant de remarquer, c'est

⁵² WINNICOTT (D.W), 1975, *Jeu et réalité. L'espace potentiel*, NRF Gallimard, p. 9.

⁵³ FOUSSON (J), op. cit., www.chameaupsy.com/articles-originaux/180-jf-2012b, page consultée en novembre 2015

l'apparition des termes « co-construction et équipe pluridisciplinaire ». Ils émanent de la réflexion sur la posture professionnelle infirmière.

Dans ce travail de recherche, la formule employée sur l'adhésion au soin de l'adolescent et de sa famille doit être pensée comme la première rampe de lancement vers l'alliance thérapeutique : le soin, ici cité, étant l'activité à médiation thérapeutique.

L'alliance thérapeutique sera plus générale, plus globale.

IV. METHODOLOGIE ET ENTRETIENS

Dans cette partie, je vais expliquer et argumenter la population interrogée ainsi que l'outil d'observation utilisé. Il me semblait également important de revenir sur les limites et les biais que j'ai pu rencontrer lors de mon enquête.

1. Choix de la population et de l'échantillon

Le thème de mon mémoire étant sur la posture soignante et l'alliance thérapeutique lors de la prise en charge d'un adolescent au cours notamment d'une activité à médiation thérapeutique, il m'est apparu évident d'interroger des infirmiers travaillant en pédopsychiatrie.

Mon choix s'est donc porté sur deux infirmiers, travaillant ou ayant travaillé au contact d'adolescents et qui, ont tous les deux, une formation et une expérience des activités à médiation thérapeutique.

Dans mon choix, il m'a semblé important que la formation et l'expérience professionnelle des deux infirmiers soient différentes. C'est pour cela qu'un des deux infirmiers est diplômé depuis 1990 et l'autre depuis 2010.

2. Choix de l'outil

Pour confronter mon hypothèse de recherche aux différents avis des professionnels, j'ai choisi la réalisation d'entretiens semi directifs.

Cela me paraissait être le meilleur outil par rapport à mon sujet. Effectivement, les entretiens réalisés ont permis une discussion et un échange. J'ai pu relancer les interviewés, ou leur demander des précisions. Ce qui aurait été difficile avec un questionnaire. L'entretien a l'avantage de pouvoir observer les réactions non verbales des infirmiers interrogés.

Enfin, pour un sujet sur la pédopsychiatrie, abordant notamment la question de la relation de confiance, je ne me voyais pas proposer des questionnaires que je trouvais trop impersonnels et sans partage d'expérience.

Cette méthode m'a permis aussi de répondre aux questions des infirmiers interrogés sur mon travail de fin d'étude.

3. Limites de l'outil

Pour réaliser ces entretiens, il a fallu prendre des rendez-vous et s'assurer que les personnes interrogées seraient entièrement disponibles pour répondre. Je n'ai malheureusement pas eu de

réponses à toutes mes invitations. La conjoncture économique ponctuelle du pôle pédopsychiatrie de l'hôpital était délicate et ne permettait pas de mettre à disposition des infirmiers (nombreux arrêts maladies, remplacements, formations internes). Cela m'a empêché d'interviewer une infirmière en pédopsychiatrie dans un service d'hospitalisation complète. Je voulais avoir trois entretiens au départ.

Ensuite, j'ai pu me rendre compte que le choix du lieu était primordial. Lors du second entretien, nous avons été interrompus pendant une dizaine de minutes ce qui a « rompu » la dynamique et l'échange engagé. Il a été difficile de reprendre après. Un entretien fait dans de bonnes conditions est plus facilement exploitable.

Il m'a été difficile de respecter mon guide d'entretien. La passion des infirmiers et leur avis pertinents m'ont surpassé et emmené dans un échange très intéressant mais pouvant dépasser le cadre de mon guide. Je ne m'étais pas fixé de temps non plus. Mes questions ont amené des réponses très étendues et des entretiens assez longs (27 minutes et 19 minutes). Je n'osais pas les interrompre parfois pour les recentrer.

J'ai voulu enregistrer ces entretiens avec mon téléphone portable. Je me suis aperçu que, seul, celui-ci ne suffirait pas. J'ai donc pris la décision d'enregistrer avec deux supports différents. Ce choix s'est avéré judicieux car j'ai dû « jongler » entre les deux pour la retranscription. Le bruit ambiant, que je faisais notamment avec les feuilles papier du guide, m'empêchait d'entendre correctement certaines réponses sur un des deux supports.

V. SYNTHÈSE DE L'ANALYSE DES ENTRETIENS

Pour vous proposer une synthèse de l'analyse de contenu des entretiens, il a fallu tout d'abord, les retranscrire fidèlement. C'est une étape fastidieuse qui demande du temps et un endroit calme pour le faire. Je propose, en annexe, la retranscription des deux entretiens. Une seule nous était demandée mais il m'a semblé judicieux de joindre les deux, de par leur complémentarité.

Dans un second temps, le travail est de comparer ces entretiens. J'ai réalisé un tableau où sont répertoriés les éléments significatifs. Cette grille d'analyse permet de confronter rapidement les réponses des deux infirmiers et de constater ainsi les similitudes et les différences. Six thèmes ont été décidés pour trier et analyser les éléments de réponses.

La synthèse des résultats que je présente, ci-dessous, reprend, en partie, ces différents thèmes-chapitres. L'objectif final étant de confronter mon hypothèse de recherche à ces résultats.

1. Présentation, parcours, expérience et formation des infirmiers interrogés

Les deux infirmiers interrogés sont des infirmiers pratiquant en psychiatrie. Le premier (IDE 1), diplômé depuis 1990, a travaillé un an en secteur adulte puis a fait toute sa carrière en pédopsychiatrie, dont près de 15 ans auprès d'adolescents. Le second (IDE 2), diplômé depuis 2010, suite à une reconversion professionnelle (20 ans d'assistantat vétérinaire), exerce depuis 5 ans auprès des adolescents.

Au point de vue formation, nous notons que les deux infirmiers ont des formations spécifiques sur les activités à médiation thérapeutique. IDE 1 est formé en art-thérapie, musicothérapie et vidéo thérapie. IDE 2 a une formation en zoothérapie ou médiation animale et en sport adapté. Ils animent tous les deux des ateliers à médiation thérapeutique : percussions et vidéo (IDE1) ; sport adapté et médiation animale (IDE 2).

Le premier infirmier, a également eu l'occasion de se former sur la prise en charge des familles lors de sa carrière.

2. Les activités à médiation thérapeutique

▪ Définition :

Les deux infirmiers interrogés emploient les termes d' « espace » et de « rencontre » dans la définition qu'il propose des activités à médiation thérapeutique. Pour IDE 1, le

médiateur utilisé est « un espace de rencontre avec le patient » et « sert de par-excitation » et de « protection ». L'IDE 2 parle de « facilitateur de la relation », qui va permettre de « créer un lien avec le patient ». Tout cela dans l'objectif de « créer une relation de confiance ».

- Elaboration :

Les deux infirmiers s'accordent à dire que les activités à médiation thérapeutique s'élaborent en équipe pluridisciplinaire. IDE 1 insiste sur le fait « qu'il y a médiation thérapeutique que quand c'est pensé et validé par toute l'équipe ». IDE 2 rappelle qu'il faut que cela soit « un projet médical porté par toute une équipe, toute une institution. »

« L'intérêt » et « le plaisir » que le soignant va prendre dans cette médiation semble être un point primordial pour les deux infirmiers.

IDE 1 étaye son point de vue en parlant également de l'importance du « cadre thérapeutique » fixé et de la « permanence » des soignants garants de cette activité afin d'offrir une certaine sécurité à l'adolescent.

- Déroulement :

Pour IDE 1, c'est à travers cette médiation que l'adolescent pourra « rejouer certaines problématiques » qu'il rencontre tout en étant protégé par le médiateur, et par la permanence et la temporalité de son cadre thérapeutique. Le soignant pourra alors débiter un travail avec son patient.

Pour IDE 2, pendant cette activité le patient pourra s'exprimer, « exprimer ses émotions à ce moment-là. » Mais cela peut « demander énormément de temps ».

- Avec un adolescent :

Il semble important de « créer une relation de confiance » à travers une activité qui sera portée par l'adolescent, un médiateur pour lequel il y trouve un certain intérêt. (IDE 2)

Le cadre devra être « souple », pas trop « protocolisé » et que l'adolescent soit « partie prenante » de cette médiation. L'adolescent de par la période qu'il traverse cherchera à tester les limites, à « contredire » ou à « s'opposer à l'adulte ». (IDE 1 et 2)

3. La posture soignante

L'authenticité (IDE 2) et l'empathie (IDE 1) sont des termes employés dans les deux entretiens. « Être authentique » avec un adolescent est primordial, mais l'est tout autant avec la famille. Avoir « une écoute empathique avec les familles » est très compliquée pour le soignant qui est également impliqué avec l'adolescent.

D'où l'importance de s'appuyer sur l'équipe. Le travail en équipe est d'ailleurs repris de nombreuses fois par les deux infirmiers. Le terme « équipe » est cité, au total, 30 fois par les interviewés. Cela semble être le fil rouge des entretiens que l'on parle d'activité à médiation thérapeutique, d'alliance thérapeutique, ou de prise en charge de la famille.

L'équipe pluridisciplinaire est indispensable pour la prise en charge de l'adolescent et de sa famille mais aussi pour aider les soignants dans leur pratique. L'équipe est même comparée à l'institution par les deux infirmiers car garante du cadre thérapeutique.

4. L'alliance thérapeutique

▪ Avec l'adolescent

Les deux infirmiers sont d'accord pour dire que l'alliance avec l'adolescent peut prendre un certain temps.

Pour IDE 2, c'est en trouvant un « terrain d'entente », sur des activités que l'adolescent aime, qu'il pourra y avoir une forme de « coopération ». Ainsi c'est bien la relation de confiance qui permettra cette alliance thérapeutique.

Pour IDE 1, la notion de confiance n'est pas dite mais elle est largement sous-entendue. Ainsi, pour lui, l'activité à médiation n'est pas la seule garante de l'alliance thérapeutique. C'est dans la « prise en charge globale » qu'il faut rechercher les fondements de celle-ci. Le soignant cherchera à faire accepter à l'adolescent qu'il va mal dans le but qu'il accepte les différents soins.

▪ Avec sa famille

Pour les deux interrogés, les parents doivent être « associés » à la prise en charge. Même s'ils relèvent une certaine difficulté pour le faire car il faut parfois mettre ses « représentations de côté » et « accepter les différences » tout en restant « authentique ».

L'alliance thérapeutique ne semble pas pouvoir se faire sans l'adhésion des parents. Il faut réfléchir, qui peut les prendre en charge, à quel niveau de l'institution et comment. IDE 1 rappelle la complexité pour un même soignant de prendre en charge un adolescent et ses parents. L'équipe est donc importante également à ce niveau-là, pour « travailler cette alliance ».

IDE 2 insiste sur l'importance de « maintenir du lien » avec les parents tout au long de la prise en charge de leur adolescent.

En évoquant tous les deux les consultations médicales, ils pointent l'importance du médecin dans l'alliance thérapeutique avec la famille.

- Les outils et les moyens pour entretenir cette alliance

Un des outils qui est essentiel pour l'un des deux infirmiers interrogés, c'est la loi. Le soignant va pouvoir s'appuyer sur le cadre législatif pour entretenir cette alliance. Il emploie le terme « loi » plus de 10 fois lors de l'entretien.

L'alliance va pouvoir s'entretenir également grâce à l'institution, grâce à l'équipe pluridisciplinaire, grâce au cadre thérapeutique qui fixe « les règles » de la prise en charge globale.

De nombreux outils sont à la disposition des soignants, l'institution doit leur permettre d'avoir des temps de « supervisions », de « régulations », des staffs en équipe pluridisciplinaire, des « réunions de synthèse » afin de partager les points de vue et les pratiques des différents soignants. Cela peut aider à maintenir l'alliance de soin, notamment pour IDE 2.

Le soignant devra « passer outre certaines représentations » et devra « être capable de faire cette gymnastique » de l'esprit : partager des choses au quotidien avec l'adolescent et de bien restituer les informations aux parents de ce même adolescent.

5. Question d'ouverture

Avec la dernière question de mon entretien, je proposais aux deux infirmiers de rajouter les éléments qu'ils souhaitaient.

Si IDE 2 reprend l'importance de créer cette alliance thérapeutique et encore plus avec l'adolescent. Il conclue l'entretien sur les situations d'échecs que cela peut entraîner, sans alliance.

Quant à lui IDE 1, rappelle que le sport est un médiateur tout à fait adapté à l'adolescent. Il insiste sur le fondamental travail d'équipe autour des activités à médiation thérapeutique, ainsi que sur le nécessaire portage de celles-ci par toute l'institution. Il trouve également intéressant le fait que les étudiants participent voire animent ces activités si cela est défini en amont par le cadre thérapeutique.

6. Confrontation des résultats de l'observation avec l'hypothèse

Tout d'abord, je rappelle l'hypothèse de recherche : La co-construction d'une activité à médiation thérapeutique en équipe pluridisciplinaire facilite l'adhésion au soin de l'adolescent et de sa famille.

Il est difficile d'affirmer ou d'infirmer cette hypothèse avec seulement deux entretiens tout aussi pertinents soient-ils.

Pour ce travail d'initiation à la recherche, j'ai réalisé deux entretiens qui m'ont apportés de nombreux éléments sur le thème de mon travail.

Quoi qu'il en soit, une tendance à l'affirmation de mon hypothèse se dégage. Au vue des deux entretiens, je peux constater que l'équipe pluridisciplinaire est l'élément central de l'alliance thérapeutique avec l'adolescent et sa famille.

Les activités à médiation thérapeutique qui ne doivent pas se construire autrement qu'en équipe, ne sont qu'un outil. Elles sont certainement un déclencheur de la relation mais ne peuvent pas à elle seules, soutenir l'adhésion aux soins de l'adolescent et de sa famille.

Cette alliance thérapeutique demande l'investissement de toute une équipe, de toute une institution, à travers un cadre thérapeutique dont les règles ont été déterminées ensemble et portées par toute l'équipe.

Même si j'avais orienté mes recherches sur la posture soignante vers le travail d'équipe, je ne m'attendais pas à ce qu'il soit aussi essentiel.

En tout état de cause, même si cette hypothèse nécessiterait d'être confrontée à d'autres entretiens, elle est affirmable dans son état.

Effectivement, le fait de réfléchir, d'élaborer en équipe pluridisciplinaire, une activité à médiation thérapeutique facilite l'adhésion au soin de l'adolescent et de sa famille

CONCLUSION

J'en suis passé par des états pour réaliser ce travail : doute, peur, panique, fatigue, excitation et satisfaction. Ce mémoire, c'est la conclusion de trois ans d'études, riches en enseignements, en investissement. Ce mémoire, c'est une part de moi maintenant. A travers ces quelques pages, on distingue le professionnel que j'ai envie d'être. Pendant près de 4 mois, mon cheminement a évolué. Il est passé de la relation de confiance à l'adhésion aux soins, de la prise en charge de l'adolescent, à la prise en charge de sa famille également, du seul soignant à l'équipe pluridisciplinaire. Cela démontre que ce labeur m'a apporté de nombreux éléments qui m'ont permis d'évoluer. Je partais avec des certitudes, je termine avec des perspectives.

La phase exploratoire, cette période intense de lectures avec son lot d'hésitations, m'aura permis de fixer mes recherches autour des activités à médiation thérapeutique, de l'adolescence, de la posture soignante (authenticité, empathique, et travail d'équipe) et de l'alliance thérapeutique. Le cadre conceptuel, cette période d'apprentissage, demandant un esprit de synthèse, m'aura enrichi de connaissances sur le patient « adolescent » notamment mais aussi sur l'équipe pluridisciplinaire ou encore sur l'alliance thérapeutique. Les entretiens, cette période d'échanges, auront quant à eux contribués à rendre ce travail professionnalisant et à façonner un peu plus le professionnel qui est en moi. Enfin, l'analyse, cette période exigeante et laborieuse de retranscription et d'interprétation, me donne envie d'approfondir ces recherches.

Si je devais résumer en quelques mots, les apprentissages de cet écrit : l'activité à médiation thérapeutique n'est qu'un outil de soin permettant la rencontre et la création d'une relation de confiance avec l'adolescent. L'alliance thérapeutique est une sorte de contrat tripartite d'engagement contre la maladie. Elle est globale. Elle est avec l'adolescent. Elle est avec sa famille. Elle est avec l'équipe pluridisciplinaire. Le soignant, il est authentique, il est empathique mais il est équipe avant tout.

N'étant qu'une initiation à la recherche, ce travail me donne envie de le poursuivre, de l'approfondir, de le réinvestir. J'ai tout d'abord envie de l'approfondir sur le rôle de l'équipe dans les soins, s'il y a une différence sur son importance en service de santé mental et en soins généraux.

Pendant mon stage, j'ai eu l'occasion de mener deux ateliers à médiation thérapeutique. J'ai pu me rendre compte qu'il y avait un écart entre la théorie et la pratique. Que l'atelier peut être pensé en équipe, son déroulement et ses objectifs peuvent être fixés en amont. Mais, le jour, de l'atelier, le soignant doit accepter que cela ne se passe pas comme prévu. L'imprévu dans les

soins, comment cela se gère, qu'est que cela nous renvoie, nous soignant ? Nous y sommes confrontés au quotidien...

Enfin, je reste attaché au sport, et dans mon futur professionnel, j'ai envie de me former, d'investir et d'animer des ateliers thérapeutiques sportifs. Pratiquant le cyclisme, je le pense très intéressant comme médiateur. J'envisage de faire des recherches en soins infirmiers sur cet outil. Ce travail d'initiation à la recherche et ses enseignements me permettent de me projeter dans cette future médiation : la « vélothérapie »...

BIBLIOGRAPHIE

OUVRAGES :

DOLTO (F), DOLTO TOLITCH (C), PERCHEMINIER (C), *Paroles pour adolescents ou le complexe du homard*, Paris : Galimard Jeunesse, 2007, 146p

LANGENFELD SERRANELLI (S), *Les contes au cœur de la thérapie infirmière*, Issy les Moulineaux : Elsevier Masson, 2008, 190p

MANOUKIAN (A), MASSEBEUF (A), *Collection Pratiquer : la relation soignant-soigné*, Rueil-Malmaison : Editions Lamarre, 2001, 173p

MARCELLI (D), LAMY (A), *L'état adolescent : miroir de la société*, Paris : Armand Colin, 2013, 224p

MORASZ (L) et al., *L'infirmier en psychiatrie*, Issy les Moulineaux : Masson Editeur, 2005, 313p

PERIER (A), *Psychothérapies psychanalytiques à l'adolescence*, Paris : éditions Armand Colin, 2014, 252p

WINNICOTT (D.W), *Jeu et réalité. L'espace potentiel*, NRF Gallimard, 1975, 128p

REVUES

ASTIAN (J), VALDEYRON (J-L), VAQUIER (V), « De la relation de confiance à l'alliance thérapeutique » in *Recherche en soins infirmiers*, n°66, 2001

BERNARD (H), « de l'intérêt du sport en psychiatrie », in *Santé mentale*, n°120, 2007

DEGUITRE (M) et al, « Soins à médiations corporelle en médecine psychologique de l'adolescent » in *Soins Pédiatrie-Puériculture*, n°278, 2014

GUETH (B), SIRY (B), TROUCHE (J), « les activités psycho-sociothérapeutiques en psychiatrie » in *Recherche en soins infirmiers*, n°45, 1996

KUDELSKI (M), « le sport, le laissé pour compte de la psychiatrie », in *L'information psychiatrique*, vol.86, 2010

ROSANI (M), DAVIDE (B), « le sport une médiation thérapeutique », in *Soins psychiatrie*, n°285, 2013

SALVAGE (J), *Les soins infirmiers en action*. Copenhague : OMS éditeur, collections Bureau régional de l'Europe, série européenne n° 48, 1995

VASSEUR (A), CABIE (MC), « La relation de confiance, fondement de la résilience en psychiatrie » in *Recherche en soins infirmiers*, n°82, 2005

TRAVAIL DE FIN D'ETUDES

TALON (C), Travail de fin d'études, *Psychoéducation et médicamenteuse du patient bipolaire*, IFSI de Rambouillet, 2014

COURS IFSI

ALABARACIN (D), « Les concepts de base en psychanalyse », IFSI de Poitiers, semestre 1, UE 1.1, 2013

GIL (S), « L'enfant et les représentations du monde », IFSI de Poitiers, semestre 1, UE 1.1, 2013

MARTINEAU (L), « Notion d'alliance thérapeutique et climat de confiance », IFSI POITIERS semestre 3, UE 3.2, 2014

OLAGNIER (S), « Les concepts de la relation d'aide », IFSI de POITIERS, semestre 2, UE 4.2, semestre 2, 2013

PAIN (B), « La dynamique dans la relation de soin », IFSI de Poitiers, semestre 2, UE 1.1, 2013

PAULIEN (M), BONNET TANNEUR (C), « La relation d'aide », IFSI de Poitiers, semestre 3, UE 4.2, 2014

WEBOGRAPHIE

<http://www.cnrtl.fr/lexicographie/therapeutique>, page consultée en septembre 2015

<https://www.cairn.info/l-abc-de-la-vae>, page consultée en août 2015

<http://www.larousse.fr/dictionnaires>, pages consultées en août, septembre et octobre 2015

<http://www.linternaute.com/dictionnaire/fr/definition/sport/#expression>, page consultée en novembre 2015

http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/fr/, page consultée en septembre 2015

<http://www.psynergie.ch/ressources.html>, Rubrique : Pédagogie Culture et Société, sous rubrique : L'élève, chapitre : L'adolescent, page consultée en octobre 2015

<http://www.fhp.fr/>, page consultée en septembre 2015

<http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2002/02-21/a0212069.htm>, page consultée en septembre 2015

<http://www.chameaupsy.com/articles-originaux/180-jf-2012b>, page consultée en septembre et octobre 2015

<http://www.sante-medecine/soin-infirmier-definition>, page consultée en septembre 2015

<http://www.legifrance.gouv.fr>, page consultée en septembre 2015

<http://www.cadredesante.com/spip/profession/management/Pour-une-approche-du-travail-en.html>, page consultée en octobre 2015

ANNEXES

ANNEXE 1 : GUIDE D'ENTRETIEN

Remerciements et demande d'autorisation d'enregistrement

Cible : Infirmier(e) travaillant en service de pédopsychiatrie ayant une expérience dans la prise en charge d'adolescents

1. Question : Pouvez-vous vous présenter ?

Année d'obtention du diplôme

Parcours professionnel

Exercice actuel

Formation professionnelle

- *Objectif : Connaître le soignant, connaître son parcours, connaître ses formations*

2. Quelle définition pourriez-vous donner d'une activité à médiation thérapeutique ?

Questions de relance : Quel est le rôle du soignant dans une médiation ? Comment se construit une médiation thérapeutique ?

- *Objectif : Savoir comment s'élabore une activité à médiation thérapeutique sur le terrain et mesurer l'importance de l'équipe dans sa construction*

Mots clés : Outil, lien, rencontre, soignant, posture professionnelle, temps, cadre, équipe, prescription

3. Pour vous quelles sont les conditions favorisantes à l'adhésion au soin d'un adolescent ?

Questions de relance : Comment une activité à médiation thérapeutique peut-elle faciliter cette alliance de soin ? Quelle place est accordée à la famille ?

- *Objectif : Définir les conditions pour l'adhésion au soin de l'adolescent et de sa famille*

Mots clés : Confiance, famille, authenticité, empathie, projet, équipe pluridisciplinaire

4. Pour vous, sur quoi le soignant peut-il s'appuyer pour entretenir l'alliance thérapeutique avec l'adolescent et sa famille ?

Question de relance : L'équipe a-t-elle son rôle à jouer dans cette alliance ?

- *Objectif : Evaluer l'impact de l'équipe pluridisciplinaire dans l'adhésion au soin d'un patient*

Mots clés : Travail d'équipe, projet de soins, staff, entretien, médiations thérapeutiques, supervision

5. Avez-vous des éléments à rajouter ?

- *Objectif : Permettre au professionnel de m'apporter de nouveaux éléments*

ANNEXE 2 : RETRANSCRIPTION ENTRETIEN IDE 1

1 **MD** : Alors bonjour, vous êtes ici dans le cadre de euh mon mémoire de fin d'études, alors je
2 vais commencer par vous poser cette première question, c'est : pouvez-vous vous présenter en
3 donnant euh certains détails comme l'année d'obtention du diplôme, le parcours professionnel,
4 votre exercice actuel et votre formation professionnelle, s'il vous plait.

5 **IDE 1** : Alors je m'appelle L. M., je suis infirmier dans le secteur psychiatrique donc c'est-à-
6 dire que je suis euh, ancien diplômé, je suis diplômé de 90, 1990. Mon parcours professionnel,
7 j'ai travaillé pendant une année dans un pavillon adulte : le pavillon Minkowski, euh après j'ai
8 fait le reste de ma carrière entre guillemet, en pédopsychiatrie, donc j'ai travaillé pendant très
9 longtemps avec les adolescents. Pavillon Lagrange, pavillon Tony Iainé, euh, j'ai travaillé aussi
10 au Foyer des trois logis, toujours dans un service d'adolescents, j'ai travaillé aussi euh, une
11 année je crois ou deux années dans l'hôpital de jour pour les enfants de Poitiers au même titre
12 que ce qu'on appelle l'EMPE. J'ai été aussi ISPS, infirmier de secteur. J'ai participé euh à la
13 mise en place euh des permanences d'écoute dans les lycées et collèges j'ai travaillé très
14 longtemps dans les lycées et les collèges dans le cadre d'une prévention primaire euh quoi dire
15 d'autre, là je travaille depuis maintenant 10 ans à l'unité de Sèvre donc trouble complexe du
16 langage orale, en charge des enfants dysphasiques. Et j'ai une journée par semaine, donc 0.20
17 équivalent temps plein au centre du langage des apprentissages pour euh pour une mission
18 particulière sur dépistage du trouble du langage sur les écoles maternelles euh donc à priori sur
19 la Vienne pour commencer là euh j'ai participé pendant assez longtemps euh à collaborer à la
20 recherche du « soin psy » euh voilà bon

21 **MD** : Bon, merci euh est-ce que vous avez des formations professionnelles particulières de
22 spécialisation ?

23 **IDE 1** : Oui alors j'ai au tout départ, jeune diplômé, on a travaillé euh en équipe euh par rapport
24 au travail sur les permanences d'écoute mais aussi sur le travail avec les familles euh dans le
25 service, on a tous été en formation à l'entretien clinique, donc on avait tous une formation
26 supplémentaire selon notre entretien clinique et aussi après moi une formation sur le travail avec
27 les familles, après d'une façon plus particulière moi j'ai fait une formation d'art thérapie euh
28 mais je ne suis pas art thérapeute...

29 **MD** : D'accord

30 **IDE 1** : Euh et un début de formation de musicothérapie parce que j'anime un atelier de
31 percussion sur ça donc j'avais formé euh plus pour avoir des éléments beaucoup plus théoriques

32 quoi en fait euh sur l'atelier que j'allais mener, euh et puis j'ai aussi une formation en vidéo
33 parce qu'il y a aussi un atelier vidéo à Sèvres. Voilà.

34 **MD** : D'accord, merci du coup la transition est assez rapidement faite, je vais vous demander ce
35 que, selon vous, quelle définition pourriez-vous donner d'une activité à médiation
36 thérapeutique ?

37 **IDE 1** : Définir une activité à médiation thérapeutique... alors... euh y'a médiation donc
38 médiateur et thérapeutique donc euh qui veut soigner. Donc en ce qui me concerne hein
39 comment je le perçois heu... la médiation c'est offrir à l'enfant ou aux enfants, au patient, un
40 espace de rencontre avec le soignant ou les soignants. Et à travers la médiation qu'on va utiliser,
41 quelle qu'elle soit, va se jouer ou se rejouer les problématiques des euh des enfants et comme ce
42 médiateur est plutôt euh neutre et sert un petit peu de heu, comment dirais-je, de euh protection,
43 de par-excitation aussi bien pour le soignant, y'a moins de, comment dirais-je, moins d'enjeux
44 euh affectifs et émotionnels dans la médiation, ce qui permet justement de euh d'élaborer un
45 travail avec l'enfant... Alors après la médiation thérapeutique, donc moi je suis très attaché au
46 cadre euh au cadre thérapeutique, donc c'est-à-dire qu'il y a la médiation activité a médiation
47 thérapeutique donc quand l'activité elle a été pensée en équipe pluridisciplinaire, donc y'a
48 pourquoi y'a un atelier, qu'est-ce qu'on y fait, quels sont les objectifs euh comment c'est repris
49 après par le médecin, la psychologue, l'orthophoniste enfin par l'équipe euh dans un cadre
50 précis avec un début une fin euh un repérage dans le temps, bah ce qu'on appelle un cadre
51 thérapeutique quoi. Il y a des activités à médiation thérapeutique, me semble-il, que quand ça a
52 été validé, pensé et validé par l'ensemble de l'équipe quoi. C'est-à-dire qu'on ne fait pas une
53 activité comme ça dans son coin, sans qu'elle n'ait été pensée et travaillée en équipe. Enfin je
54 sais pas si

55 **MD** : Si si c'est c'est assez intéressant, d'ailleurs j'avais en question de relance notamment tout
56 ce qui est du rôle du soignant lors la médiation thérapeutique mais aussi comment se construit
57 une médiation thérapeutique, donc là vous avez plutôt commencé à répondre, l'importance de
58 l'équipe mais aussi le rôle du soignant, ou des soignants ou de l'équipe dans cette construction
59 de cette activité ?

60 **IDE 1** : Alors le soignant il est garant de cette activité en fait c'est ce qu'on appelle la
61 permanence c'est-à-dire qu'il y a qui va y'avoir, ça peut être un mais souvent c'est deux
62 soignants qui sont associés sur l'activité et euh par la permanence des, des des soignants c'est-à-
63 dire des mêmes personnes, y'a une euh comment dirais-je, on offre un cadre euh de sécurité
64 aussi à, à l'enfant ou au patient et il y a aussi une forme euh de référence aussi par rapport à
65 cette activité quoi. Donc euh, y'a cet aspect-là ça c'est plutôt le euh dans le cadre thérapeutique
66 après y'a euh me semble-t-il l'intérêt que le soignant porte à cette activité. Moi je dis souvent

67 aux étudiants euh de euh s'engager dans des activités où ils sont vraiment vraiment vraiment
68 intéressés euh où ils vont prendre euh du euh du plaisir à être dans cet espace que euh, qu'ils
69 vont partager euh avec cet enfant.

70 **MD** : Oui euh ok autre question, quelles sont, pour vous euh, les conditions favorisantes à
71 l'adhésion aux soins d'un adolescent, plus particulièrement d'un adolescent, euh par rapport à
72 votre parcours on voit que vous avez travaillé euh longtemps avec des adolescents...donc euh...

73 **IDE 1** : Euh c'est toujours compliqué avec les adolescents, euh... (*Hésitation*) c'était les
74 difficultés c'est ça ?

75 **MD** : Euh les conditions favorisantes, euh, à l'adhésion aux soins

76 **IDE 1** : Alors, peut-être pour les adolescents, essayer de trouver des médiations euh, qui, qui,
77 qui leur parlent euh voilà je, euh encore que ce que je dis quelque fois c'est, on est euh surpris.

78 **MD** : On peut avoir des surprises

79 **IDE 1** : Oui voilà on peut avoir des surprises euh mais être quand même sur un centre, euh, sur
80 des centres d'intérêts d'adolescents, je pense. Et euh, donc là y'a quand même, y'a matière hein
81 et laisser aussi quand même la possibilité à l'ado d'être euh, c'est très important, d'être euh
82 partie prenante dans le, euh, comment dirais-je, euh, dans le, euh, dans l'activité à médiation
83 quoi, c'est-à-dire... il faut pas que ça soit trop protocolisé euh il faut que ça soit dans un cadre
84 bien défini surtout avec des adolescents mais qu'à l'intérieur du cadre qu'il y ait, euh, qui puisse
85 y'avoir tous ces mouvements que, euh, qu'on retrouve à l'adolescence quoi c'est-à-dire euh...et
86 ça c'est important. Le centre d'intérêt de l'adolescent et le cadre spécifique de la médiation euh
87 à l'intérieur c'est-à-dire euh voilà euh il faut absolument que, euh, l'équipe qui va avoir euh les
88 soignants qui vont avoir, qui vont mener cette activité euh à médiation, pensent bien un cadre
89 relativement souple où l'ado va venir, pouvoir chercher euh, éventuellement les limites de, euh,
90 du cadre euh

91 **MD** : Oui

92 **IDE 1** : venir jouer avec euh le cadre, jouer avec le soignant bah euh certainement rejouer euh
93 des problématiques qui peut qui peut rencontrer dans dans ses difficultés propres quoi.

94 **MD** : Et, et pour euh aller vers une alliance de soin qui est souvent l'objectif euh de de l'activité
95 à médiation thérapeutique, comment on peut, euh, penser cette activité avec l'adolescent euh
96 pour aller vers l'alliance avec l'adolescent, pour que ça se facilite l'alliance de soin euh avec lui
97 euh et également, euh, après, deuxième question euh, avec sa famille ?

98 **IDE 1** : Alors euh ...moi je pense que l'alliance c'est euh.....la question elle est biaisée parce
99 que l'alliance elle a pas à voir avec l'activité en tant que telle, l'alliance c'est c'est que
100 l'adolescent euh, qui est un mineur, euh,

101 **MD** : Oui

102 **IDE 1** : un, c'est ses parents qui confient euh l'adolescent euh à la structure soignante. Est-ce
103 que l'adolescent va euh, euh, accepter, euh cette prise en charge. Il a pas le choix, lui.

104 **MD** : Il a pas le choix, tout à fait

105 **IDE 1** : Donc, l'alliance elle va être de façon plus globale, comme on va travailler avec
106 l'adolescent pour euh , euh, lui faire prendre conscience que euh euh, nous on est, on, on, on a
107 conscience qu'il est en souffrance euh qu'il a besoin d'aide, qu'on, qu'on peut lui proposer euh,
108 des soins, très différents hein et euh comment amener cet adolescent à être partie prenante, euh
109 donc à accepter, à s'allier avec nous contre sa... euh, euh , je schématise... sa pathologie

110 **MD** : Oui

111 **IDE 1** : euh ou sa souffrance quoi. A mon avis l'alliance elle est là, euh, elle est plus au niveau
112 de : euh, est ce que j'accepte des soins, euh quelque part est ce que je reconnais que j'vais, j'vais
113 mal et euh, est ce que je suis en capacité euh d'accepter euh, euh, les soins qu'on me propose.
114 Après dans le, euh, dans la déclinaison euh y'a pleins de soins euh qui peuvent être proposés à
115 l'adolescent euh et peut être justement dans ce cadre-là thérapeutique euh, bien penser à, euh, à
116 tenir compte de, à pouvoir tenir compte de, euh, la parole de l'adolescent, par rapport à ce qu'on
117 peut lui proposer, en ça oui peut être que le dispositif qu'on retient

118 **MD** : Oui

119 **IDE 1** : Mais après oui, l'activité à médiation thérapeutique pour rechercher l'alliance euh
120 (*hésitation*) moi je pense que le, le, la recherche de l'alliance, c'est sur la prise en charge globale
121 quoi, c'est pas que sur une activité quoi.

122 **MD** : Oui donc là

123 **IDE 1** : Et la même chose pour les parents. Les parents c'est comment euh on va, comment les
124 parents vont être associés

125 **MD** : Ouais, comment on va les intégrer, c'est ce que je...

126 **IDE 1** : les associer.

127 **MD** : ah oui les associer oui

128 **IDE 1** : Et rechercher leur euh, voilà leur euh, (*hésitation*) (silence), comment dirais-je, ce que,
129 euh, bien sûr chaque famille est singulière mais, euh, qui y est un (silence), j'pense que les
130 familles, tous les parents ou les familles de façon plus générale euh ne viennent pas chercher la
131 même chose euh auprès des, des soignants par rapport à un adolescent hospitalisé. Y'en a ça va
132 être simplement c'est lui qu'est malade qu'est fou, euh vous vous en occupez et y'en a d'autres
133 qui vont être capables de, euh, de travailler euh différemment et ça va remettre en question euh

134 toute la dynamique familiale et cætera. Donc là aussi c'est, euh par rapport à ce travail aussi sur
135 la demande quoi c'est-à-dire euh qu'est-ce que la famille demande et est-ce que la famille est,
136 euh, euh, déjà, euh, dans une, euh, évolution, capable de dire que, euh, et bah, le fait que euh, un
137 des membres de la famille va mal et que toute la famille va mal euh y'a une demande de, euh ,
138 comment dirais-je, euh , d'aide de leur part ou au contraire non non c'est pas leur problème y'en
139 a un qu'est fou, (*sourire*) je schématise

140 **MD** : Non non schématisez, oui euh oui c'est ça...

141 **IDE 1** : donc euh, là aussi c'est compliqué, c'est comment on va associer les parents dans ,
142 dans quelle mesure on peut les associer, à quel niveau on les associe, est ce que, euh, est ce que
143 ce sont les, euh, les gens qui sont en premières lignes, je pense aux équipes soignantes euh,
144 infirmiers, euh, qui peuvent, euh ou est-ce que c'est à un niveau de l'équipe euh (*hésitation*)
145 qu'est moins en lien avec l'adolescent, euh, je pense, euh, à l'encadrement, j'pense au médecin,
146 et cætera, qui sont des référents, là, euh , après c'est c'est chaque équipe qui qui travaille cette
147 alliance, euh, là. Nous ici, euh, c'est assez simple pour nous parce que, euh on est pas dans le
148 champ du, de la, euh , alors quand je dis-nous ici c'est

149 **MD** : A Sèvres

150 **IDE 1** : oui unité troubles du langage oral, on est pas dans le, euh dans une problématique de
151 pathologie mentale, on est dans une problématique de, euh, de situation de handicap

152 **MD** : Oui

153 **IDE 1** : donc c'est beaucoup plus simple, euh , enfin je trouve pour les parents, euh, d'être , euh
154 de s'associer au travail qu'on peut faire, euh, d'être porteur des, euh, des, des différentes
155 activités qu'on peut faire quoi. Qu'ils soient associés quoi, euh c'est pas du tout la même
156 problématique que...

157 **MD** : que avec les adolescents euh avec une pathologie euh ...

158 **IDE 1** : Voilà oui j'pensais à, euh, la gamine anorexique, ça va être compliqué pour ses parents
159 voilà. Euh n'empêche que euh il faut essayer de, euh, de, trouver une forme d'alliance avec eux,
160 euh quoi c'est euh bon c'est tout un travail. Moi je, euh, bon après c'est euh, je pense que c'est,
161 c'est tout à fait personnel, je pense que c'est pas au niveau, là pour, dans ce cadre-là, c'est pas
162 forcément au niveau de, des infirmiers que ça se joue quoi.

163 **MD** : D'accord

164 **IDE 1** : J'pense vraiment que ça se joue, euh, au niveau euh, au niveau du, du cadre de santé, du
165 médecin, de la psychologue éventuellement, euh mais qui voilà...

166 **MD** : Ca se joue au niveau de l'équipe ?

167 **IDE 1** : Voilà parce que j'pense que y'a tellement de choses qui se jouent entre l'adolescent et
168 l'équipe soignante, de, euh, de terrain, bah que, euh, qui est au quotidien avec l'adolescent, donc
169 c'est très très compliqué pour euh, le soignant de s'extirper, de cette relation, pour pouvoir
170 offrir, euh, une écoute et euh, une écoute sans, euh, comment dirais-je, sans aucune
171 représentation, vraiment, euh, une écoute empathique avec la famille euh, je pense que c'est,
172 euh, c'est compliqué, voilà

173 **MD** : d'accord

174 **IDE 1** : pour un travail avec la famille, j'précise bien...

175 **MD** : oui, oui tout à fait, tout à fait euh une autre question euh pour vous sur quoi on peut
176 s'appuyer en tant que soignant pour entretenir l'alliance thérapeutique ?

177 **IDE 1** : alors, euh, ça va paraître un peu surprenant ce que je vais dire, euh, euh, mais premier
178 point c'est sur la loi. Le premier point c'est la loi, les adolescents ou les enfants qui sont
179 hospitalisés, sont des enfants, donc des, euh, ce qu'on appelle des mineurs

180 **MD** : Oui

181 **IDE 1** : des incapables en terme juridique et leurs représentants légaux sont les parents. Donc
182 déjà, euh, respecter la loi ça veut dire, euh, aider, maintenir, euh, reconnaître, euh, voilà, les
183 parents dans leur fonction parentale.

184 **MD** : D'accord

185 **IDE 1** : On fait des choses, on a des comptes à rendre euh, mais moi je pense que c'est très
186 important, euh, de rendre des comptes aux parents. Ça c'est le premier, euh le premier travail,
187 euh, ça peut paraître euh évident, et cætera, euh dans ma pratique euh j'ai vu que c'était pas
188 toujours aussi simple. Donc euh voilà et euh rappeler aux parents qui sont les parents euh et pas
189 nous comporter comme euh des parents substitutifs euh même si y'a des fois euh, comment
190 dirais-je , euh, des mécanismes inconscients qui font que, euh , l'hôpital peut devenir euh les
191 bons parents ou la bonne famille et cætera euh, euh voilà euh, avec des mauvais parents, quel
192 que soit les parents des enfants ce sont leur parents, on a des comptes à rendre avec eux, euh, on
193 a des comptes à leur rendre et on doit travailler avec eux, euh . Donc la qualité , euh, principale,
194 me semble-t-il, d'un infirmier, infirmière, d'un soignant, c'est d'être euh, de pouvoir, euh, faire
195 cette gymnastique-là, c'est-à-dire de d'être avec l'adolescent dans quelque chose de , euh d'une
196 activité et cætera, dans le quotidien, partager des choses et de l'autre côté de bien resituer les
197 parents en tant que parents, euh, quoi, et ils nous ont confié leur adolescent, euh, et de les
198 considérer comme parents euh ne pas, euh, (silence) quand je dis ça c'est-à-dire les associer au
199 projet de soin euh ou aux décisions d'orientations qui peuvent être prises, euh, ou, euh , aux,

200 euh, éventuellement à l'analyse qui peut être faite, euh, faite d'une situation, euh , vraiment les,
201 les considérer comme des parents quoi...

202 **MD** : hmm oui les associer, les considérer...comme parents

203 **IDE 1** : Quelques fois y'a des parents qui déconnet à plein pot où on est, euh, dans du
204 médico...euh...judiciaire.

205 **MD** : Oui

206 **IDE 1** : Bon là aussi, la loi nous dit des choses donc on on, on peut le, euh, on peut le faire, il
207 faut expliquer aux parents voilà quoi que...mais j'pense que c'est ça...avoir en tête , ne jamais
208 oublier que, euh, cet adolescent, cet enfant, il a des parents et, euh, et euh pour qu'on puisse
209 faire nous, en tant , en terme de proposition de soin, n'a de sens que si euh euh un minimum
210 porté par la famille quoi

211 **MD** : Donc s'appuyer sur la loi pour s'appuyer sur la famille en fait c'est ça ?

212 **IDE 1** : Alors je dis la loi parce que c'est plus par rapport à l'expérience que j'ai où quelques
213 fois, euh, j'trouve que, euh, y'a des équipes qui euh, qui, vont un peu vite et qui oublient les
214 parents.

215 **MD** : Oui

216 **IDE 1** Donc, hum, j'trouve que la loi elle est, euh, elle est là euh pas pour être légaliste, mais
217 euh de rappeler que les parents ce sont les, euh, ce qu'on appelle les euh représentants légaux,
218 les tuteurs donc...

219 **MD** : Les détenteurs de l'autorité parentale ...

220 **IDE 1** : Voilà et euh ne jamais oublier qu'ils nous confient leur ado ou leur enfant. Voilà. Après
221 euh, on sait bien que c'est compliqué pour certaines familles, euh, de , euh, voilà parce qu'ils
222 sont eux même pris dans des processus pathologiques voilà mais c'est quand même important
223 de , de pouvoir, euh, bien les informer, sur ce qu'on veut faire euh, qu'est ce qui en pensent, est
224 ce qu'ils sont d'accord, ou pas, euh, et euh, c'est, à mon avis c'est une façon, au minima de les
225 associer quoi.

226 **MD** : D'accord, ok . (*silence*) après sur quoi euh, on peut dire donc du coup on a vu que c'était
227 la loi donc pour associer les parents donc ...

228 **IDE 1** : Pas que la loi euh...la loi je dis ça pour euh après y'a toute une réflexion qu'est faite
229 après euh en amont sur le cadre thérapeutique c'est-à-dire comment on accueille un, un

230 **MD** : Un adolescent

231 **IDE 1** : un ado oui, quelque fois la loi, par exemple je sais pas, euh, nous dit que tel parent a
232 l'autorité parentale exclusive et que euh, l'autre parent ne l'a pas. Bah moi j'pense que , j'ai
233 toujours travaillé même si l'autre parent n'a pas l'autorité parentale, donc n'est pas obligé de
234 signer l'entrée, euh, hein euh il est pas compétent pour ça, bah on l'informe systématiquement
235 parce que, c'est quand même le père ou la mère de euh l'ado, voilà. Là on s'appuie sur un cadre
236 thérapeutique, les règles qu'on a déterminé euh, ensemble sur le travail qu'on voulait euh qu'on
237 souhaitait faire avec les parents. J'travaille dans une équipe où les parents euh systématiquement
238 étaient vus euh par euh euh, évidemment le médecin et cætera, mais aussi euh sur des entretiens
239 réguliers avec un infirmier et une psychologue.

240 **MD** : D'accord

241 **IDE 1** : Y'a des aussi des parents on leur, on les oblige pas mais on leur conseille fortement de,
242 euh, j'crois que c'est aux jeunes filles anorexiques, de participer à un groupe de parents animé
243 par euh des professionnels. Donc euh il peut y avoir pleins de dispositifs qui qui ne renvoient
244 pas à la loi directement mais qui renvoient à un cadre thérapeutique de fonctionnement.
245 Comment l'institution elle a pensé la famille euh, et en particulier les parents euh, dans le
246 dispositif de de soin.

247 **MD** : D'accord donc c'est aussi le travail de l'institution, euh on peut dire aussi en quelque
248 sorte de l'équipe

249 **IDE 1** : De l'équipe ouais, quand je dis institution ou institutionnel c'est l'équipe qui va prendre
250 en charge l'adolescent. Y'a des équipes qui euh, qui disent nous on prend pas euh les parents
251 euh en charge, ça va être une autre équipe qui va s'en occuper

252 **MD** D'accord

253 **IDE 1** : Parce que seulement on ne veut pas euh y'a d'autre équipes au contraire ils veulent tout
254 prendre euh après c'est vraiment des choix euh qui s'appuient sur euh, voilà sur des choix euh,
255 théoriques et cætera c'est euh... (*Silence*)

256 **MD** : Ok

257 **IDE 1** : Donc c'est pour nuancer ce que sur le euh le légal

258 **MD** : Oui sur la loi voilà y'a pas que la loi dans ...

259 **IDE 1** : Voilà l'équipe est très important le cadre thérapeutique aussi

260 **MD** : Le cadre thérapeutique oui ...très bien enfin pour euh conclure euh si euh avez-vous des
261 éléments à rajouter sur euh cet entretien, ce que vous pensez ou ce que vous avez vu euh...

262 **IDE 1** : Est-ce que euh comment dire avez-vous une activité à médiation avec laquelle vous
263 vous sentez plus à l'aise euh

264 **MD** : Oui euh particulièrement le sport, euh je suis sportif et j'aime ce médiateur euh et je
265 trouve euh...

266 **IDE 1** : Oui le sport c'est très intéressant chez les ado euh le corps est en jeu euh et cætera euh
267 au moment des bouleversements pubertaires et cætera chez les adolescents c'est un euh ...

268 **MD** : Oui y'a tout ce qui est travail par rapport au corps, après je ne conçois pas le sport sans
269 euh sans l'équipe, sans le travail d'équipe quoi...

270 **IDE 1** : Travail d'équipe euh une des forces euh, pour moi ça peut pas être fait autrement euh
271 pour une raison qu'est toute simple euh au-delà des euh , du euh comment dirais-je du cadre
272 dans lequel on euh , l'activité va euh va , va fonctionner, euh, et que ça ça ne peut être
273 déterminer qu'en équipe si l'équipe pluridipli euh pluridisciplinaire n'est pas associée à la
274 construction de cette activité euh elle n'est pas portée cette activité. Portée de façon
275 institutionnelle, donc euh et là on voit des actes manqués euh des etc etc euh alors j'peux donner
276 pleins d'exemples hein euh ça va du psychologue qui pose son rendez-vous euh le jour euh où
277 y'a l'activité euh à la cadre qui file un euh un congé annuel euh au collègue qui fait que ça
278 annule l'activité euh...un remplacement inopportun d'un collègue qui fait qu'on ne peut plus
279 faire l'activité, voilà, ça va veut dire que c'est pas porté par l'équipe et ça ça veut dire que ça n'a
280 pas été pensé et euh réfléchi en équipe pluridisciplinaire au niveau du cadre institutionnel, et ce
281 que je dis là, ça peut paraître complètement euhhh anodin mais c'est, moi je dis ça parce que j'ai
282 un peu de recul hein .

283 **MD** : Oui, oui

284 **IDE 1** : Si y'a pas un portage institutionnel, les le le l'activité elle ne peut pas bien fonctionner,
285 c'est pas possible. Ce n'est pas possible, parce que forcément a un moment donné, elle va venir
286 en contradiction avec d'autres demandes de l'institution et et euh la priorité n'aura pas été
287 donnée pas portée par tous les membres de l'équipe quoi. Et des fois, ça va se jouer euh sur des
288 trucs euh tout bêtes hein, le collègue qui va demander sa journée ce jour-là, alors que, parce que
289 c'est pas, c'est pas repéré, c'est pas bien délimité dans un champs, d'un cadre institutionnel,
290 donc à mon avis c'est une dimension qu'il faudra pas que vous oubliez dans votre travail quoi.
291 Au-delà, au-delà de la construction.

292 **MD** : Oui ?

293 **IDE 1** : Y'a aussi le partage

294 **MD** : Le partage ouais,

295 **IDE 1** : Bah je sais pas comment on pourrait trouver un autre mot mais c'est très très important.

296 **MD** : Oui, oui.

297 **IDE 1** : Parce que sinon y'a des réunions qui se fixent sur votre temps d'activité et euh le cadre
298 sup fixe un... voilà ou un autre médecin fixe une réunion ou euh voilà et euh ..

299 **MD** : On peut presque dire que c'est également une adhésion de l'équipe au projet enfin à
300 l'activité ?

301 **IDE 1** : c'est plus qu'une adhésion, c'est aussi comment dirais-je euh intégré dans le temps
302 institutionnel.

303 **MD** : Oui intégré par toute l'équipe, par toute l'institution pardon

304 **IDE 1** : Par toute l'institution, oui donc en effet elle a du sens pour l'enfant, pour l'adolescent
305 mais aussi pour sa famille parce qu'on ne fixe pas un rendez-vous avec les parents le jour de, là
306 où l'adolescent à son activité lié à sa médiation sport. Après le sport, avant le sport mais pas
307 pendant le sport.

308 **MD** : D'accord

309 **IDE 1** : Voilà c'est des choses...

310 **MD** : Très bien, non mais c'est très intéressant. Est-ce qu'il y a autre chose qui vous vient à
311 l'esprit, que vous voulez rajouter ou... ?

312 **IDE 1** : Bah...

313 **MD** : Vous avez bien développé sur le sujet en tout cas !

314 **IDE 1** : Bah comme vous êtes étudiant ...

315 **MD** : oui

316 **IDE 1** : moi je suis un grand militant de pouvoir montrer notre activité de auprès de de euh de
317 tout le monde quoi et en particulier de nos futurs collègues, donc aussi de dans la... parce que
318 ça aussi c'est souvent pas bien pensé, d'intégrer dans l'activité, dans la mise en place d'activité,
319 pensez à l'intégration de de de

320 **MD** : D'étudiants ?

321 **IDE 1** : d'étudiants, de personnes qui sont en stage euh, je pense aux infirmiers, aux
322 psychologues, qu'ils puissent participer à ces activités à médiation. C'est ça ça veut dire que,
323 pour l'adolescent, pour que ça se fasse bien que pour l'adolescent ça se passe bien, il faut
324 absolument que ce soit pensé au départ, si c'est pas pensé, avec peut être des pré-requis hein, sur
325 un groupe de séances obligatoires, présentation aux adolescents, mais je pense que
326 malheureusement, je dis ça parce on discute entre... vous êtes encore étudiant.

327 **MD** : Oui

328 **IDE 1** : Mais euh parce que malheureusement y'a des jeunes qui disent qui ne peuvent pas
329 participer à certaines activités parce que là c'est pas ouvert heu je pense aussi qu'il est important
330 de réfléchir à ce qui sont les groupes ouverts ce qui sont fermés voilà pourquoi et quelques fois
331 ce n'est pas très clair euh ...voilà, c'était juste un aparté.

332 **MD** : Bien, très bien. Je vous remercie pour cet entretien qu'on peut conclure, enfin pour moi
333 c'est bon je n'ai plus de questions. Merci beaucoup.

334 **IDE 1** : Merci aussi à vous, euh c'est toujours intéressant de répondre à des questions qui nous
335 font réfléchir à nos euh nos pratiques et vos questions euh votre thème de mémoire est tout à fait
336 pertinent

337 **MD** : Merci.

ANNEXE 3 : RETRANSCRIPTION ENTRETIEN IDE 2

1 **MD** : Donc voilà, euh Bonjour vous êtes ici dans le cadre euh de mon entretien pour mon
2 mémoire de fin d'études, donc je vais vous poser, euh plusieurs questions euh on va commencer
3 euh en fait par une question de présentation donc voilà euh pouvez-vous vous présenter avec
4 l'année d'obtention du diplôme le parcours professionnel euh l'exercice actuel et si vous avez
5 des formations particulières.

6 **IDE 2** : D'accord, et bien bonjour, content de pouvoir répondre à votre entretien euh donc je
7 suis D L, infirmier en pédopsychiatrie, diplômé depuis euh euh mai 2010 auparavant, euh c'est
8 une reconversion, auparavant j'ai fait 20 années d'assistantat vétérinaires et encore un petit peu
9 auparavant 2 année de techniciens agricoles euh à la chambre d'agriculture euh et donc depuis 5
10 ans je suis en poste à l'aji en pédopsy euh donc j'ai pas bougé depuis 5 ans...Euh et au niveau
11 formation euh j'ai une formation en euh sport adapté et une formation euh en zoothérapie euh
12 médiation animale, deux ateliers que j'anime ici.

13 **MD** : Médiation animale, d'accord euh donc deuxième question, euh , la transition est toute
14 faite du coup euh donc quelle définition, euh définition pardon pourriez-vous donner à une
15 activité à médiation thérapeutique ?

16 **IDE 2** : (*silence*) La médiation c'est déjà de mettre euh de mettre un espace euh entre le patient
17 et le soignant euh voilà euh voilà de euh faciliter le langage , euh enfin le langage euh tout du
18 moins l'expression des émotions, enfin l'expression du mal être, du ressenti enfin tout ce qu'on
19 veut euh par le biais d'un médiateur quel qu'il soit voilà euh ça peut être la peinture ça peut être
20 la terre euh au moins permettre au patient de s'exprimer voilà.

21 **MD** : Euh on voit ça peut être un espace euh question un peu plus précise euh sur le rôle du
22 soignant, quel est ce rôle du soignant à l'intérieur de cette médiation euh c'est pas une question
23 c'est euh une sous question on va dire.

24 **IDE 2** : Le rôle du soignant, bah, c'est euh c'est justement de favoriser, enfin euh, pour certains
25 déjà de créer la rencontre avec le patient, et quelquefois ça peut se limiter à ça, hein de pouvoir
26 créer un lien euh par une médiation quelconque, et après c'est de pouvoir euh justement c'est ce
27 que je vous disais tout à l'heure, d'arriver à euh, à créer une relation de confiance j' pense que
28 euh par la médiation il va se créer euh alors ça peut euh ça ça peut être assez rapide ou ça peut
29 être assez long, une relation de confiance, et puis justement euh permettre euh permettre au
30 patient de pouvoir exprimer, alors euh à sa manière soit par des mots, soit par des attitudes euh
31 euh par du non verbal quoi de, d'exprimer ses émotions à ce moment-là quoi (*silence*)

32 **MD** : D'accord (*silence*)

33 **IDE 2** : Enfin c'est un facilitateur tout, euh, tout en état de cause de la relation euh pour certains
34 patients , euh notamment certains patients psychotiques euh ou autiste euh psychotique autiste
35 euh c'est la même chose euh justement le fait de euh d'être euh de mettre un médiateur c'est
36 pouvoir entrer en relation avec ces patients-là.

37 **MD** : D'accord, faciliter la relation...

38 **IDE 2** : Zh ouais c'est vrai euh c'est sûr.

39 **MD** : Et euh, toujours selon vous hein, comment peut se construire une médiation
40 thérapeutique, comment on l'élabore euh, (*silence*) avec qui ?

41 **IDE** : Alors, (*sourire*) ah avec qui ?

42 **MD** : (*sourire*), Ouais, pourquoi aussi ?

43 **IDE 2** : Alors, euh au départ je pense euh que ça part déjà euh d'un intérêt euh enfin, là je parle
44 pour moi hein, ça n'engage que moi, euh je pense qu'il faut être à l'aise dans la médiation sur
45 lequel on est , donc déjà travailler autour de quelque chose qu'on aime, qu'on apprécie, après
46 euh c'est un projet qui se construit euh en équipe. Et on peut pas pas travailler ça seul faut que
47 ça soit un projet médical, qui soit porté par tout une équipe euh voilà euh et éventuellement par
48 une institution dans certains cas euh donc au moins par l'équipe pluridisciplinaire qui gravite
49 autour du patient.

50 **MD** : ok j'vais passer à une autre question du coup, euh c'est pour vous toujours quelles sont
51 euh les conditions favorisantes à l'adhésion au soin d'un adolescent. Donc là on est plus dans le
52 cadre d'un adolescent, prise en charge d'un adolescent et l'adhésion au soin, comment on peut
53 le faire euh adhérer au mieux au soin ?

54 **IDE 2** : (*silence long*) Très bonne question (*sourire*)

55 **MD** : (*sourire*)

56 **IDE 2** : très bonne question euh avec les, euh avec les adolescents euh j'ai quand même très
57 peu d'expérience avec des adolescents sauf ceux qu'on accueille ici bien sûr qui sont sur des
58 versants déficitaires ou des retards mentaux c'est pas tout à fait la même chose euh mais je
59 pense que de toute façon là on est vraiment euh dans , j pense qu'il faut être dans une relation
60 euh là euh enfin je reviendrai sur la relation de confiance dans dans cette relation euh ...elle ne
61 peut enfin j pense ya euh une coopération entre le soignant et le et l'ado que vraiment quand on
62 est dans une relation de confiance quoi euh alors ça demande aussi au soignant d'être
63 authentique euh ça veut pas dire non plus dire oui à tout, et non à tout, euh enfin voilà, oui il
64 faut trouver un terrain d'entente , pour poser euh pour être dans une relation de confiance,

65 surtout euh dans cette période de l'adolescence où euh la parole de l'adulte euh euh bah souvent
66 euh est souvent contredite , l'adolescent vient souvent s'opposer à tout ce que dit l'adulte donc
67 euh il faut vraiment rentrer dans une relation de confiance euh donc travailler aussi euh autour
68 de, de , de ce que peut aimer l'adolescent, , bien bien connaître l'adolescent, et savoir sur quoi
69 on peut travailler, sur quoi on peut s'appuyer, pour rentrer dans cette relation de confiance.

70 **MD :** Donc y'à la notion de temps aussi pour euh pour entamer cette relation de confiance, pour
71 le connaître ?

72 **IDE 2 :** Ah oui euh voilà, euh oui sur certains adolescents, c'est ce qu'on disait toute à l'heure
73 par rapport à la médiation, ça peut être très rapide euh oui mais sur certains ça peut demander un
74 certain, pour certaines pathologies euh oui ça peut donner euh demander énormément de temps
75 oui. Enormément de temps.

76 **MD :** Ok. Et ... et quelle place dans cette adhésion de soin on peut donner à la famille. Quand
77 on est soignant, et qu'on prend en charge un adolescent ? Comment, comment vous voyez...

78 **IDE 2 :** Ah bah de toute façon, enfin que ce soit ici ou sur euh enfin euh sur une structure
79 comme Tony Iné ou un peu plus spécialisé sur l'adolescence, on ne peut pas travailler sans la
80 famille. De toute façon, alors là on est, euh, alors euh même la famille au sens large, parce que
81 maintenant on voit des familles qui sont euh, c'est plus la famille d'il y a 40 ans avec un papa,
82 un euh une maman et des frères et des sœurs .Maintenant il y a des beaux-pères, belles-mères,
83 des demi-frères, des demi-sœurs ...enfin on n peut pas travailler sans la famille, de toute façon
84 l'adolescent va s'engouffrer d'dans enfin va voir la faille, enfin on ne peut travailler que main
85 dans la main parce que sinon c'est foutu d'avance enfin dans la relation c'est foutu d'avance.

86 **MD :** Et vous dans votre exercice euh... professionnel euh comment vous travaillez avec la
87 famille, c'est par des réunions euh par des... ?

88 **IDE 2 :** Euh... nous sur la spécificité euh celle de l'AJI, alors euh on rencontre quand même
89 très peu les parents, par contre on rencontre beaucoup de familles d'accueil et d'institutions, les
90 parents on a beaucoup de placements ase donc on ne rencontre pas souvent les parents, mais
91 sinon bah euh oui on est obligé d'avoir soit des rendez-vous téléphoniques euh soit une
92 première consultation médicale avec laquelle on prend contact avec les parents, le père ou la
93 mère quand il y a toujours l'autorité parentale, euh et après pour certains enfants on maintient le
94 lien bien entendu à essayer de se rencontrer euh aussi souvent que le temps nous l'accorde hein.
95 C'est important de maintenir le ce lien parce que en plus il se joue des choses entre les parents
96 et ce que peuvent véhiculer les ados ou les institutions ou autres enfin voilà ça permet de
97 reposer les choses et puis de se rencontrer de faire voir à l'adolescent qu'il y a du lien justement
98 entre les différents partenaires et qu'il n'y a pas de clivage mais que c'est quelque chose d'uni.
99 De solidifier autour de l'enfant, de l'adolescent, parce que vous étiez sur l'adolescent

100 **MD** : Oui enfin l'enfant, l'adolescent... euh effectivement moi c'est plus sur l'adolescent, tout à
101 fait.

102 *Une infirmière entre dans la pièce et interrompt le dialogue entre MD et IDE pendant 10*
103 *minutes*

104 **MD** : Bon, nous allons reprendre, nous avons été légèrement interrompus, on en était euh du
105 coup il me semble euh à la place accordée à la famille euh dans notamment d'adhésion aux
106 soins avec l'adolescent.

107 **IDE 2** : Donc oui euh je vous disais que nous on rencontrait les familles avant les séjours et
108 après les séjours, enfin quand il y a des parents, quand les parents veulent bien nous rencontrer
109 aussi parce que souvent les enfants placés, ce qui est important quand même avec euh les
110 familles c'est d'être dans une relation d'authenticité et surtout de faire euh parce qu'on est
111 souvent surpris par les familles donc il faut mettre de côté nos représentations euh nos valeurs
112 aussi quelques fois parce qu'on a pas tous aussi les mêmes valeurs, on est quelques fois un par
113 bousculé par les, euh par certaines attitudes, certaines représentations enfin certaines manières
114 éduquer ou euh d'accompagner les enfants par leurs parents. ça vient bousculer beaucoup de
115 choses, il faut aussi accepter ça, savoir que les gens sont différents, de ce que euh de nous, enfin
116 il faut vraiment être dans l'authenticité. Enfin pour moi c'est important, accepter les
117 différences,... c'est l'essentiel.

118 **MD** : Ok, d'accord euh dernière question, du coup euh avant la question « si vous avez des
119 choses à rajouter » donc c'est euh la 4^{ème} question, c'était euh alors une fois que l'alliance
120 thérapeutique avec l'adolescence et et sa famille du coup été faite, on va dire entre guillemet est
121 en marche sur quoi le soignant peut s'appuyer à ce moment-là, pour la maintenir, parce qu'on
122 sait qu'elle est toujours, elle peut être fragile, donc sur quoi on peut s'appuyer, pour maintenir
123 cette alliance ? et la faire perdurer le plus longtemps possible ?

124 **IDE 2** : Euh alors là ça c'est une bonne question... alors déjà continuer à avoir du lien,
125 (*sourire*), déjà ça c'est primordiale, c'est déjà de, euh de maintenir ce lien, trouver du, trouver le
126 temps institutionnel pour maintenir ce lien, ce qui n'est pas toujours euhh à l'heure actuelle ce
127 qui n'est pas toujours évident. Euh mais ça oui c'est l'essentiel de pouvoir tenir ce euh et puis
128 de continuer les rencontres euh je remettrai cette notion d'authenticité et de savoir se dire les
129 choses et d'entendre les choses et euh éviter bien entendu tout ce qui est clivage et puis se fier
130 aussi euh enfin se fier non et puis le constat aussi de la symptomatologie de l'adolescent, de
131 voir s'il va mieux enfin euh de savoir encourager tout ça et maintenir tout ça, après il faut
132 maintenir les rencontres c'est l'essentiel, s'il y a plus de communication euh savoir aussi se
133 remettre en cause quelques fois parce que les parents, les familles peuvent pointer des choses,
134 faut pouvoir accepter ça aussi, être en capacité de recevoir ça, on peut faire éventuellement

135 fausse route et se remettre en question, se questionner aussi mais le maintien oui c'est le lien,
136 euh effectivement si on met 4 ou 5 mois à euh sans se voir, sans se rencontrer ou choses comme
137 ça c'est très long et il peut y'avoir un sentiment d'abandon de la part des familles voilà

138 **MD :** Donc du coup c'est maintenir le lien en quelque sorte pour entretenir l'alliance
139 thérapeutique avec la famille, avec l'adolescent et sa famille, c'est maintenir le lien et j'ai envie
140 de dire euh à l'intérieur de l'institution comment euh on peut entretenir cette alliance en fait
141 parce que elle est, elle est faite, euh qu'est ce qui va aider euh, nous soignant, on va dire,
142 individuel, qu'est ce qui peut aider euh le, à maintenir cette alliance, qu'est ce qui peut nous
143 apporter au quotidien, nous faire réfléchir sur nos pratiques euh, en gros c'est quels outils, si, si
144 on veut aller par-là (*sourire*), ça peut être ça

145 **IDE 2 :** (*silence*) Vous pouvez la répéter la question ?

146 **MD :** Du coup euh ce qu'est très bien dans votre réponse c'est c'est que pour maintenir
147 l'alliance euh , ce que vous dites c'est c'est maintenir le lien .

148 **IDE 2 :** Oui

149 **MD :** C'est effectivement j'pense essentiel euh, en fait moi c'est plus sur le versant
150 institutionnel que je vous interroge, qu'est ce qui va aider le soignant à à euh, dans sa pratique
151 au quotidien, euh, il a cette alliance, mais qu'est ce qui va lui permettre de la maintenir, euh, de
152 réfléchir sur sa pratique, euh de de voilà...

153 **IDE 2 :** Ca y'est j'y suis bah après c'est toutes les euh tout ce qui va maintenir aussi tout ça,
154 c'est toutes les réunions cliniques, réunions de synthèse euh tout ce qui peut être régulation en
155 extérieur, qui vont nous aider euh justement à passer outre les représentations qu'on peut avoir
156 ou tout ce qui peut nous mettre à mal ou choses comme ça euh. Ça va nous permettre d'avancer
157 dans notre , dans une, euh, dans une relation thérapeutique euh dans une relation d'alliance
158 thérapeutique, euh j'pense que c'est à, à un moment donné, on a besoin aussi de, de euh, parce
159 qu'on accepte des choses euh mais des choses qui nous mettent à mal euh donc un moment
160 donné institutionnellement faut qu'on est des, qu'on nous donne les moyens de , de pouvoir euh
161 avoir des régulations, d'avoir des temps de euh des temps de synthèse euh des temps de
162 rencontres aussi euh, et dans la conjoncture actuelle vous voyez bien que c'est très difficile à
163 débloquer euh du temps ...

164 **MD :** Et euh est ce que ce, ces rencontres euh avec on va dire l'équipe euh, ou avec euh des
165 rencontres de supervision ou de régulation euh est ce qu'elles ont un lien justement direct avec
166 l'alliance thérapeutique selon vous ?

167 **IDE 2** : Euh oui ça peut, ou parce que ça permet euh ça permet justement de réfléchir en équipe
168 et on voit bien que euh si on prend euh, si on prend euh le cas d'un adolescent, alors on peut être
169 dix autour de la table euh, et avoir dix représentations différentes euh.

170 **MD** : Oui

171 **IDE 2** : Chacun à son niveau, euh alors que si on essaie de réfléchir en groupe, euh de réfléchir
172 tous ensemble on va avoir une réflexion et arriver à un constat totalement différent

173 **MD** : Oui

174 **IDE 2** : Car euh chacun pose ses choses, euh, on analyse euh on discute euh on échange autour
175 de ça et on arrive euh quelque fois à, à quelque chose de totalement différentes sur la prise en
176 charge.

177 **MD** : La prise en charge va être différente...

178 **IDE 2** : Voilà oui la prise en charge va être différente euh car elle va être pensée de manière
179 différente euh non c'est important d'échanger euh de confronter ses idées parce que euh voilà
180 on est toujours dans nos représentations euh nos savoirs faire, ce qu'on pense bien faire euh alors
181 que ...

182 **MD** : D'où l'importance là du travail d'équipe là ?

183 **IDE 2** : En équipe oui

184 **MD** : Très bien et enfin dernière question euh avez-vous des éléments, euh, des choses à
185 rajouter ou des questions à me poser aussi....

186 **IDE 2** : Euh je réfléchis un petit peu, j'ai certainement oublié des choses euh faudra repasser
187 demain pour l'interview (*sourire*)

188 **MD** : (*rires*)

189 **IDE 2** : Le sujet euh est très intéressant euh parce que j'pense que sur un secteur adulte euh
190 l'alliance, euh l'alliance thérapeutique avec le patient et la famille est nécessaire mais euh elle
191 est encore plus j'pense plus importante euh et plus fondé avec les adolescents ça c'est hyper
192 important euh pour l'avoir vécu quand y'a pas cette alliance là c'est l'échec euh c'est l'échec
193 sur l'hospitalisation euh pour les ado, euh c'est l'échec euh pour les séjours ici euh les enfants
194 sont mal euh et ils s'engouffrent dans la faille euh et voilà ils le sentent euh enfin c'est un
195 excellent sujet de mémoire.

196 **MD** : Merci...euh avez-vous d'autres questions

197 **IDE 2** : Non euh bon bah j'espère avoir répondu euh à vos questions euh en tout cas c'est
198 comme ça que je vois la relation euh

- 199 **MD** : Je vous remercie en tout cas
- 200 **IDE 2** : De rien c'est avec plaisir
- 201 **MD** : Merci beaucoup

ANNEXE 4 : GRILLE D'ANALYSE DES ENTRETIENS

Les infirmiers interrogés : présentation, parcours, expérience et formation	
IDE 1	<p>« Alors je m'appelle L. M. » « je suis infirmier dans le secteur psychiatrique » (ligne 5)</p> <p>« je suis diplômé de 90, 1990, mon parcours professionnel, j'ai travaillé pendant une année dans un pavillon adulte ...j'ai fait le reste de ma carrière entre guillemet, en pédopsychiatrie, donc j'ai travaillé pendant très longtemps avec les adolescents. » (l.6 à 9)</p> <p>« là je travaille depuis maintenant 10 ans à l'unité de S. donc trouble complexe du langage orale, en charge des enfants dysphasique » (l.15 et 16)</p> <p>« j'ai une journée par semaine, ...au centre du langage des apprentissages pour euh pour une mission particulière sur dépistage du trouble du langage » (l.16 à 18)</p> <p>« j'ai participé pendant assez longtemps euh à collaborer à la recherche du « soin psy » » (l.19 et 20)</p> <p>« après moi une formation sur le travail avec les familles » (l.26 et 27)</p> <p>« moi j'ai fait une formation d'art thérapie » (l.27)</p> <p>« un début de formation de musicothérapie (...) j'anime un atelier de percussion » (l.30 et 31)</p> <p>« j'ai aussi une formation en vidéo » (l.32)</p>
IDE 2	<p>« je suis D L, infirmier en pédopsychiatrie » « diplômé (...) depuis mai 2010 » (l.6 et 7)</p> <p>« c'est une reconversion, auparavant j'ai fait 20 années d'assistantat vétérinaire et encore un petit peu auparavant 2 année de techniciens agricoles euh à la chambre d'agriculture » (l.8 et 9)</p> <p>« depuis 5 ans je suis en poste (...) en pédopsy » (l.9 et 10)</p> <p>« j'ai une formation en euh sport adapté et une formation euh en zoothérapie euh médiation animale, [...] deux ateliers que j'anime ici » (l.11 et 12)</p>

Les activités à médiation thérapeutique : définition, construction, déroulement et intervenants	
IDE 1	<p>« y'a médiation donc médiateur et thérapeutique donc euh qui veut soigner » (l.37 et 38)</p> <p>« la médiation c'est offrir à l'enfant ou aux enfants, au patient, un espace de rencontre avec le soignant ou les soignants » (l.39 et 40)</p> <p>« à travers la médiation qu'on va utiliser [...], va se jouer ou se rejouer les problématiques des euh des enfants » (l.40 et 41)</p> <p>« ce médiateur est plutôt euh neutre et sert [...] de euh protection, de par-excitation [...] y'a moins de [...] moins d'enjeux [...] affectifs et émotionnels [...] ce qui permet [...] d'élaborer un travail avec l'enfant » (l.42 à 45)</p> <p>« je suis très attachée au cadre euh au cadre thérapeutique » (l.45 et 46)</p> <p>« il y a la médiation activité a médiation thérapeutique donc quand l'activité elle a été pensée en équipe pluridisciplinaire [...] pourquoi y'a un atelier, qu'est-ce qu'on y fait, quels sont les objectifs euh comment c'est repris après par le médecin, la psychologue, l'orthophoniste enfin par l'équipe » (l.46 à 49)</p> <p>« cadre précis avec un début une fin euh un repérage dans le temps [...] un cadre thérapeutique quoi » (l.50 et 51)</p> <p>« le soignant il est garant de cette activité [...] c'est ce qu'on appelle la permanence [...] souvent c'est deux soignants qui sont associés sur l'activité [...] par la permanence des soignants [...] on offre un cadre de sécurité [...] à l'enfant ou au patient il y a aussi une forme de référence » (l.60 à 64)</p> <p>« y'a cet aspect-là ça c'est plutôt le euh dans le cadre thérapeutique après y'a euh me semble-t-il l'intérêt que le soignant porte à cette activité » (l.65 et 66)</p> <p>« où ils vont prendre [...] du plaisir à être dans cet espace » (l.68)</p>
IDE 2	<p>« la médiation c'est déjà [...] de mettre un espace euh entre le patient et le soignant [...] de faciliter le langage tout du moins l'expression des émotions [...] l'expression du mal être, du ressenti enfin tout ce qu'on veut euh par le biais d'un médiateur quel qu'il soit [...] permettre au patient de s'exprimer voilà » (l.16 à 20)</p> <p>« le rôle du soignant [...] pour certains déjà de créer la rencontre avec le patient et quelquefois ça peut se limiter à ça [...] de pouvoir créer un lien euh par une médiation quelconque » (l.24 à 26)</p> <p>« après c'est de pouvoir [...] d'arriver [...] à créer une relation de confiance » (l.26 et 27)</p> <p>« c'est un facilitateur [...] tout en état de cause de la relation » (l.33)</p>

	<p>« le fait [...] de mettre un médiateur c'est pouvoir entrer en relation avec ces patients » (l.35 et 36)</p> <p>« au départ je pense euh que ça part déjà euh d'un intérêt [...] je pense qu'il faut être à l'aise dans la médiation sur lequel on est [...] déjà travailler autour de quelque chose qu'on aime, qu'on apprécie » (l.43 à 45)</p> <p>« après euh c'est un projet qui se construit euh en équipe [...] on peut pas travailler ça seul faut que ça soit un projet médical, qui soit porté par tout une équipe [...] et éventuellement par une institution dans certains cas [...] au moins par l'équipe pluridisciplinaire qui gravite autour du patient » (l.45 à 49)</p>
Médiation, adhésion au soin et alliance thérapeutique avec un adolescent	
IDE 1	<p>« peut-être pour les adolescents, essayer de trouver des médiations [...] qui leur parlent [...] encore que ce que je dis quelque fois [...] on est euh surpris. » (l.76 et 77)</p> <p>« on peut avoir des surprises [...] mais être quand même [...] sur des centres d'intérêts d'adolescents [...] je pense » (l.79 et 80)</p> <p>« et laisser aussi quand même la possibilité à l'ado [...] c'est très important, d'être euh partie prenante [...] dans l'activité à médiation » (l.81 à 82)</p> <p>« il faut pas que ça soit trop protocolisé » (l.83)</p> <p>« il faut que ça soit dans un cadre bien défini surtout avec des adolescents mais qu'à l'intérieur du cadre [...] qui puisse y'avoir tous ces mouvements qu'on retrouve à l'adolescence » (l.83 à 85)</p> <p>« Le centre d'intérêt de l'adolescent et le cadre spécifique de la médiation [...] il faut absolument que, euh, l'équipe qui va avoir euh les soignants qui vont avoir, qui vont mener cette activité [...] pensent bien un cadre relativement souple où l'ado va venir, pouvoir chercher [...] les limites. (l.86 à 89)</p> <p>« l'alliance elle a pas à voir avec l'activité en tant que telle, l'alliance c'est [...] l'adolescent [...] qui est un mineur [...] c'est ses parents qui confient l'adolescent [...] à la structure soignante » (l.98 à 102)</p> <p>« Est-ce que l'adolescent va [...] accepter [...] cette prise en charge [...] Il a pas le choix, lui » (l.102 et 103)</p> <p>« l'alliance elle va être de façon plus globale[...] lui faire prendre conscience que [...] nous [...] on a conscience qu'il est en souffrance [...] qu'il a besoin d'aide [...] qu'on peut lui proposer euh, des soins, très différents » (l.105 à 108)</p> <p>« comment amener cet adolescent à être partie prenante [...] à accepter, à s'allier avec nous contre [...] sa pathologie » (l.111 et 112)</p> <p>« A mon avis l'alliance elle est là [...] elle est plus au niveau de[...] est ce que</p>

	<p>j'accepte des soins [...] quelque part est ce que je reconnais que j'vais [...] mal est ce que je suis en capacité euh d'accepter [...], les soins qu'on me propose » (l.111 à 113)</p> <p>« l'activité à médiation thérapeutique pour rechercher l'alliance [...] moi je pense que [...] la recherche de l'alliance, c'est sur la prise en charge globale quoi, c'est pas que sur une activité quoi. » (l.119 à 121)</p>
IDE 2	<p>« avec les adolescents, [...] j'pense qu'il faut être dans une relation [...] enfin je reviendrai sur la relation de confiance » (l.56 à 60)</p> <p>« j'pense y'a [...] une coopération entre le soignant et le et l'ado que vraiment quand on est dans une relation de confiance » (l.61 et 62)</p> <p>« ça demande aussi au soignant d'être authentique, ça veut pas dire non plus dire oui à tout, et non à tout » (l.62 et 63)</p> <p>« il faut trouver un terrain d'entente, pour poser [...] pour être dans une relation de confiance, surtout euh dans cette période de l'adolescence où euh la parole de l'adulte [...] est souvent contredite » (l.63 à 66)</p> <p>« l'adolescent vient souvent s'opposer à tout ce que dit l'adulte[...]donc travailler aussi euh autour [...]de ce que peut aimer l'adolescent [...] bien connaitre l'adolescent » (l.66 à 68)</p> <p>« sur certains adolescents [...] ça peut être très rapide [...] mais sur certains ça peut demander un certain, pour certaines pathologies [...] oui ça peut [...] demander énormément de temps oui. Enormément de temps » (l.72 à 75)</p>
L'alliance de soin avec l'adolescent : un travail avec les parents, la famille	
IDE 1	<p>« comment les parents vont être associés (l.124)</p> <p>« tous les parents ou les familles de façon plus générale [...] ne viennent pas chercher la même chose [...] auprès des, des soignants par rapport à un adolescent hospitalisé. » (l.130 et 131)</p> <p>« Y'en a ça va être simplement c'est lui qu'est malade qu'est fou, [...] vous vous en occupez [...] y'en a d'autres qui vont être capables [...] de travailler [...] différemment [...] ça va remettre en question euh toute la dynamique familiale » (l.131 à 134)</p> <p>« qu'est-ce que la famille demande [...] est-ce que la famille est [...] dans une [...] évolution, capable de dire que [...] un des membres de la famille va mal et que toute la famille va mal [...] y'a une demande [...] d'aide de leur part ou au contraire non » (l.135 à 138)</p> <p>« c'est compliqué [...] c'est comment on va associer les parents [...] dans</p>

	<p>quelle mesure on peut les associer, à quel niveau on les associe » (l.141 et 142)</p> <p>« c'est chaque équipe [...] qui qui travaille cette alliance [...] là. » (l.146 et 147)</p> <p>« j'pensais à la gamine anorexique, ça va être compliqué pour ses parents n'empêche que euh il faut essayer [...] de, trouver une forme d'alliance avec eux [...] c'est tout un travail » (l.158 à 160)</p> <p>« je pense que c'est pas au niveau, là pour, dans ce cadre-là, c'est pas forcément au niveau de, des infirmiers que ça se joue quoi. [...] j'pense vraiment que ça se joue [...], au niveau du, du cadre de santé, du médecin, de la psychologue éventuellement » (l.161 à 165)</p> <p>« j'pense que y'a tellement de choses qui se jouent entre l'adolescent et l'équipe soignante [...] de terrain [...] qui est au quotidien avec l'adolescent, donc c'est très très compliqué pour[...] le soignant de s'extirper, de cette relation, pour pouvoir offrir [...] une écoute sans [...] aucune représentation, vraiment une écoute empathique avec la famille [...] (l.167 à 171)</p>
<p>IDE 2</p>	<p>« on ne peut pas travailler sans la famille [...] même la famille au sens large [...] c'est plus la famille d'il y a 40 ans [...] on n'peut pas travailler sans la famille [...] on ne peut travailler que main dans la main [...] sinon c'est foutu d'avance » (l.79 à 85)</p> <p>« mais sinon [...] oui on est obligé d'avoir soit des rendez-vous téléphoniques soit une première consultation médicale avec laquelle on prend contact avec les parents, le père ou la mère quand il y a toujours l'autorité parentale et après pour certains enfants on maintient le lien bien entendu à essayer de se rencontrer » (l.90 à 94)</p> <p>« C'est important de maintenir le ce lien parce que en plus il se joue des choses entre les parents et ce que peuvent véhiculer les ados ou les institutions » (l.95 à 96)</p> <p>« ça permet de reposer les choses [...] de se rencontrer de faire voir à l'adolescent qu'il y a du lien justement entre les différents partenaires [...] qu'il n'y a pas de clivage [...] c'est quelque chose d'uni. De solidifier autour de l'enfant, de l'adolescent. » (l.96 à 99)</p> <p>« ce qui est important quand même avec euh les familles c'est d'être dans une relation d'authenticité » (l.109 et 110)</p> <p>« il faut mettre de côté nos représentations [...] nos valeurs aussi quelques fois par certaines attitudes, certaines représentations [...] certaines manières éduquer</p>

	<p>[...] d'accompagner les enfants par leurs parents » (l.111 à 114)</p> <p>« ça vient bouculer beaucoup de choses, il faut aussi accepter ça, savoir que les gens sont différents [...] de nous [...] il faut vraiment être dans l'authenticité [...] accepter les différences [...] c'est l'essentiel » (l.115 à 117)</p>
Entretenir l'alliance : aides et outils	
IDE 1	<p>« ça va paraître un peu surprenant ce que je vais dire [...] mais premier point c'est sur la loi. » (l.177 et 1178)</p> <p>« Le premier point c'est la loi, les adolescents ou les enfants qui sont hospitalisés, sont des enfants, donc [...] ce qu'on appelle des mineurs [...] des incapables en terme juridique et leur représentant légaux sont les parents » (l.178 à 181)</p> <p>« respecter la loi ça veut dire [...] aider, maintenir [...] reconnaître, [...] les parents dans leur fonction parentale » (l.182 et 183)</p> <p>« on fait des choses, on a des comptes à rendre [...] je pense que c'est très important, euh, de rendre des comptes aux parents » (l.185 et 186)</p> <p>« le premier travail [...] ça peut paraître euh évident [...] dans ma pratique [...] j'ai vu que c'était pas toujours aussi simple. [...] rappeler aux parents qui sont les parents » (l.186 et 187)</p> <p>« pas nous comporter comme euh des parents substitutifs [...] (l.187)</p> <p>« la qualité [...] principale, me semble-t-il, d'un infirmier, infirmière, d'un soignant, c'est d'être [...] de pouvoir [...] faire cette gymnastique-là, c'est-à-dire [...] d'être avec l'adolescent dans quelque chose [...] dans le quotidien, partager des choses et de l'autre côté de bien resituer les parents en tant que parents » (l.193 à 197)</p> <p>« ils nous ont confié leur adolescent, [...] et de les considérer comme parents [...] c'est-à-dire les associer au projet de soins [...] aux décisions d'orientations qui peuvent être prises, [...] éventuellement à l'analyse qui peut être faite [...] vraiment [...] les considérer comme des parents quoi » (l.197 à 201)</p> <p>« [...] cet adolescent, cet enfant, il a des parents [...] pour qu'on puisse faire nous, [...] en terme de proposition de soins, n'a de sens que si [...] un minimum porté par la famille quoi » (l.208 à 210)</p> <p>« je dis la loi parce que c'est plus par rapport à l'expérience [...] j'trouve que [...] y'a des équipes qui [...] vont un peu vite et qui oublient les parents. » (l.212 à 214)</p> <p>« ne jamais oublier qu'ils nous confient leur ado ou leur enfant [...] on sait bien que c'est compliqué pour certaines familles [...] parce qu'ils sont</p>

	<p>eux même pris dans des processus pathologiques [...] mais c'est quand même important de [...] bien les informer, sur ce qu'on veut faire [...] qu'est ce qui en pensent, est ce qu'ils sont d'accord, ou pas [...] à mon avis c'est une façon, au minima de les associer quoi. » (l.220 à 225)</p> <p>« pas que la loi [...] y'a toute une réflexion qu'est faite après [...] en amont sur le cadre thérapeutique » (l.228 et 229)</p> <p>« ...Là on s'appuie sur un cadre thérapeutique, les règles qu'on a déterminé [...] ensemble sur le travail qu'on voulait euh qu'on souhaitait faire avec les parents » (l.235 à 237)</p> <p>« y'a des aussi des parents [...] on leur conseille fortement [...] de participer à un groupe de parents animé par euh des professionnels » (l.241 à 243)</p> <p>« il peut y avoir pleins de dispositifs qui [...] ne renvoient pas à la loi directement mais qui renvoient à un cadre thérapeutique de fonctionnement. Comment l'institution elle a pensé la famille [...] en particulier les parents euh, dans le dispositif de de soin » (l.243 à 246)</p> <p>« quand je dis institution ou institutionnel c'est l'équipe qui va prendre en charge l'adolescent. Y'a des équipes qui [...] disent nous on prend pas [...] les parents en charge [...] ça va être une autre équipe qui va s'en occuper [...] après c'est vraiment des choix [...] théoriques. » (l.249 à 255)</p> <p>« voilà l'équipe est très important le cadre thérapeutique aussi » (l.259)</p>
<p>IDE 2</p>	<p>« continuer à avoir du lien, [...] ça c'est primordial [...] de maintenir ce lien [...] trouver le temps institutionnel pour maintenir ce lien [...] ce qui n'est pas toujours évident » (l.124 à 127)</p> <p>« c'est l'essentiel de pouvoir tenir [...] de continuer les rencontres » (l.127 et 128)</p> <p>« je remettrai cette notion d'authenticité et de savoir se dire les choses et d'entendre les choses [...] éviter bien entendu tout ce qui est clivage » (l.128 à 129)</p> <p>« puis le constat aussi de la symptomatologie de l'adolescent [...] de voir s'il va mieux [...] après il faut maintenir les rencontres c'est l'essentiel » (l.130 à 132)</p> <p>« savoir aussi se remettre en cause quelques fois parce que les parents, les familles peuvent pointer des choses, faut pouvoir accepter ça aussi, être en capacité de recevoir ça, on peut faire éventuellement fausse route et se remettre en question, se questionner aussi » (l.132 à 135)</p>

	<p>« si on met 4 ou 5 mois [...] sans se voir [...] sans se rencontrer [...] c'est très long [...] il peut y'avoir un sentiment d'abandon de la part des familles voilà » (l.136 à 137)</p> <p>« tout ce qui va maintenir aussi tout ça [...] c'est toutes les réunions cliniques, réunions de synthèse [...] régulation en extérieur, qui vont nous aider [...] passer outre les représentations qu'on peut avoir ou tout ce qui peut nous mettre à mal » (l.153 à 156)</p> <p>« Ça va nous permettre d'avancer [...] dans une relation d'alliance thérapeutique, [...] à un moment donné, on a besoin aussi [...] qu'on accepte des choses [...] qui nous mettent à mal [...] donc [...] un moment donné institutionnellement faut [...], qu'on nous donne les moyens [...] de pouvoir euh avoir des régulations [...] d'avoir des temps de synthèse [...] des temps de rencontres [...] et dans la conjoncture actuelle [...] c'est très difficile » (l.156 à 162)</p> <p>« ça permet justement de réfléchir en équipe » (l.167)</p> <p>« si on essaie de réfléchir en groupe [...] de réfléchir tous ensemble on va avoir une réflexion et arriver à un constat totalement différent » (l.171 et 172)</p> <p>« chacun pose ses choses [...] on analyse [...] on discute [...] on échange autour de ça et on arrive [...], à quelque chose de totalement différent sur la prise en charge » (l.174 à 176)</p> <p>« c'est important d'échanger [...] de confronter ses idées parce que [...] on est toujours dans nos représentations [...] ce qu'on pense bien faire » (l.179 et 180)</p>
Éléments rajoutés	
IDE 1	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Sur le sport comme médiateur</u> <p>« le sport c'est très intéressant chez les ado [...] le corps est en jeu [...] au moment des bouleversements pubertaires » (l.266 et 267)</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Le travail d'équipe et médiation</u> <p>« Travail d'équipe [...] une des forces [...] pour moi ça peut pas être fait autrement [...] » (l.270)</p> <p>« l'activité[...] va fonctionner [...] ça ne peut être déterminer qu'en équipe si l'équipe [...] pluridisciplinaire n'est pas associée à la construction de cette activité[...] elle n'est pas portée cette activité » (l.272 à 274)</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>L'institution :</u> <p>« Portée de façon institutionnelle, [...] et là on voit des actes manqués [...] le jour [...] où y'a l'activité [...] ça va du psychologue qui pose son rendez-vous</p>

	<p>[...] à la cadre qui file un [...] congé annuel [...] au collègue qui fait que ça annule l'activité [...] un remplacement inopportun d'un collègue qui fait qu'on ne peut plus faire l'activité » (l.274 à 279)</p> <p>« ça va veut dire que c'est pas porté par l'équipe [...] ça veut dire que ça n'a pas été pensé [...] réfléchi en équipe pluridisciplinaire au niveau du cadre institutionnel » (l.279 à 280)</p> <p>« si y'a pas un portage institutionnel [...] l'activité elle ne peut pas bien fonctionner, c'est pas possible [...] a un moment donné, elle va venir en contradiction avec d'autres demandes de l'institution » (l.284 à 286)</p> <p>« la priorité n'aura pas été donnée pas portée par tous les membres de l'équipe » (l.287)</p> <p>« à mon avis c'est une dimension qu'il faudra pas que vous oubliez dans votre travail quoi. Au-delà, au-delà de la construction » (l.290et 291)</p> <p>« y'a aussi le partage [...] je sais pas comment on pourrait trouver un autre mot mais c'est très très important » (l.293)</p> <p>« sinon y'a des réunions qui se fixent sur votre temps d'activité [...] c'est plus qu'une adhésion, c'est aussi [...] intégré dans le temps institutionnel [...] par toute l'institution » (l.297 à 304)</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>L'étudiant et les activités à médiation thérapeutique</u> <p>« moi je suis un grand militant de pouvoir montrer notre activité [...] auprès de [...] tout le monde [...] en particulier de nos futurs collègues[...] ça aussi c'est souvent pas bien pensé, d'intégrer dans l'activité, dans la mise en place d'activité, pensez à l'intégration de [...] d'étudiants, [...] de personnes qui sont en stage [...] je pense aux infirmiers, aux psychologues, qu'ils puissent participer à ces activités à médiation » (l.316 à 322)</p>
<p>IDE 2</p>	<p>« j'pense que sur un secteur adulte l'alliance thérapeutique avec le patient et la famille est nécessaire » (l.189 et 190)</p> <p>« mais [...] elle est encore plus [...] importante [...] et plus fondé avec les adolescents ça c'est hyper important » (l.191et 192)</p> <p>« pour l'avoir vécu quand y'a pas cette alliance là c'est l'échec euh c'est l'échec sur l'hospitalisation [...] pour les ado [...] c'est l'échec [...] pour les séjours ici » (l.192 et 193)</p> <p>« les enfants sont mal [...] et ils s'engouffrent dans la faille [...] voilà ils le sentent [...] enfin c'est un excellent sujet de mémoire. » (l.193 à 195)</p>

INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS DE POITIERS

MEMOIRE DE FIN D'ETUDES

Auteur : Maxime DUPUIS
Promotion : 2013 / 2016
Diplôme professionnel : Infirmier
Titre du Travail de Recherche : La médiation « thérap'équipe » avec l'ado : l'essence de l'alliance
Méthodologie : Entretien semi-directif
Résumé : <p>De situations vécues en stage à un questionnaire relatant les difficultés rencontrées, cet écrit retrace le cheminement de l'auteur, du terrain à la théorie, de l'étudiant aux professionnels.</p> <p>L'adolescence est une période de bouleversements physiques et psychiques. Quand ils deviennent pathologiques, l'hospitalisation est nécessaire mais souvent difficile.</p> <p>Le soignant face à cet adolescent aura la responsabilité de créer une relation de confiance. Dans son arsenal thérapeutique, il pourra se servir des activités à médiation thérapeutique. Ce soin, véritable amorceur de la relation de confiance, trouve sa pleine efficacité avec l'équipe pluridisciplinaire.</p> <p>L'alliance thérapeutique avec l'adolescent passe par cette confiance créée. Légalement mineur, la prise en charge de ce jeune patient, doit être familiale. L'adhésion des parents est primordiale pour la réussite thérapeutique du projet de soin.</p> <p>Etre authentique, être empathique, être équipe semble la clé de la posture soignante dans la recherche de l'alliance thérapeutique avec l'adolescent et sa famille.</p>
Mot Clefs : Alliance thérapeutique, adolescent, posture soignante, activités à médiation thérapeutique, travail d'équipe

Title of the research : Therapeutic mediation and teamwork, with adolescents : the essence of alliance
Methodology : Interview
Summary : <p>From internship's situations to questions relating difficulties, this paper traces the author's progress, from the ground to theory, from student to professional.</p> <p>Adolescence is a period of physical and psychological upheaval. When they become pathological, hospitalization is necessary but often difficult.</p> <p>Caregivers for young people are responsible for creating a relationship of trust. In their therapeutic arsenal, they can use therapeutic mediations. This care, a real initiator in a trusting relationship, reaches optimum effectiveness with a multidisciplinary team.</p> <p>Therapeutic alliance with an adolescent requires this created trust. Legally minors, young patient coverage must be familial. The support of parents is crucial to the success of care project.</p> <p>Be authentic, feel empathy, think teamwork: this seems to be the key of nursing posture in the search of therapeutic alliance with the adolescent and his family.</p>
Keywords : Therapeutic alliance, adolescent, nursing posture, therapeutic mediation, teamwork