

BARBE Clémentine

Mémoire de fin d'études

**Quand l'enfant ne parvient pas à exprimer ses maux par
les mots**

UE 3.4 S6 : Initiation à la démarche de recherche

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

Directrice de mémoire : Isabelle AXES

BARBE Clémentine

Mémoire de fin d'études

**Quand l'enfant ne parvient pas à exprimer ses maux par
les mots**

UE 3.4 S6 : Initiation à la démarche de recherche

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

Directrice de mémoire : Isabelle AXES

IFSI du CHU de Nantes

Promotion 2014-2017

27 avril 2017

Remerciements

En préambule de ce travail de fin d'études, je souhaitais remercier toutes les personnes qui m'ont accompagnée durant ces trois belles années de formation et qui ont contribué à mon épanouissement dans ce projet professionnel.

Un remerciement particulier à ma directrice de mémoire, Isabelle Axes, pour m'avoir accompagnée et rassurée durant ce long travail de fin d'étude. Un remerciement aussi à ma référente pédagogique Marie-Christine Billon pour son soutien durant ces trois années.

Je remercie les professionnels de santé, croisés de près ou de loin, durant mes stages ou mes entretiens de mémoire, pour le temps qu'ils m'ont accordé et pour leurs précieux conseils.

Je tiens à remercier mes proches: mes parents et mon frère pour leur présence inébranlable depuis toujours et mes amis pour leurs encouragements quotidiens durant ces trois années de formation.

Enfin, je terminerai par une pensée toute particulière à ma grand-mère et son éternelle bienveillance durant mes deux premières années de formation. Il est certain qu'elle aurait adoré corriger les nombreuses petites fautes d'orthographe de ce mémoire.

Et à cette nouvelle vie qui nous attend.

« Guérir parfois, soulager souvent, écouter toujours »

Louis Pasteur

TABLE DES MATIÈRES

Introduction	1
Partie I : Constat de départ	
1) Situation initiale.....	3
2) Ressentis et questionnement.....	5
3) Question préliminaire.....	7
Partie II : Présentation de la démarche méthodologique	8
Partie III : Analyse des données théoriques et empiriques	
<i>1. L'enfance</i>	
1.1 – Le développement de l'enfant sain.....	10
1.2 – Développement du langage et de la communication chez l'enfant.....	12
1.3 – Les troubles de la communication chez l'enfant.....	14
<i>2. La pédopsychiatrie</i>	
2.1 Naissance et fondements de la pédopsychiatrie.....	17
2.2 Quel est le sens du soin en pédopsychiatrie ?.....	19
2.3 Les spécificités de la relation soignant-soigné en pédopsychiatrie.....	22
<i>3. Influences et impacts de l'exercice infirmier en pédopsychiatrie</i>	
3.1 Les attitudes soignantes.....	25
3.2 Les compétences infirmières.....	27
3.3 La place de l'expérience professionnelle dans le soin.....	29
Partie IV : Démarche de problématisation	31
Conclusion	33
Références bibliographiques	35
Annexes	
Annexe I - Grille d'entretien.....	II
Annexe II - Présentation des professionnels rencontrés.....	VI
Annexe III - Retranscription entretien IDE 1.....	VII
Annexe IV - Retranscription entretien IDE 2.....	XV
Annexe V - Retranscription entretien IDE 3.....	XX
Annexe VI - Tableau d'analyse des entretiens.....	XXVI
Annexe VII - Fiche de lecture de l'article de recherche.....	XLV

INTRODUCTION

Le système de santé occidental évolue chaque jour davantage. Les techniques de soins deviennent de plus en plus précises et contrôlées, et la médecine se montre ainsi d'une performance presque inimaginable il y a encore quelques années. En parallèle, de nombreuses modifications interviennent dans les conditions d'exercice de la profession. Toutes ces modifications pourraient parfois impacter le travail des soignants considérés par nos pays voisins comme des plus qualifiés. Ainsi, quel est le sens du soin aujourd'hui ?

Chaque jour l'infirmière prend en charge des personnes qui vivent une situation particulière et peuvent nécessiter une hospitalisation, un soin, une écoute et parfois tout cela en même temps. L'importance de la multitude de soins et d'attentions portés aux patients rend une définition du métier difficile. Walter Hesbeen déclare ainsi « le soignant est un professionnel dont l'action est marquée par l'intention de prendre soin des personnes et pas seulement de faire des soins ». À l'issue de trois ans de formation, mon regard sur le métier a évolué et une identité professionnelle s'est dessinée. Le relationnel prend une place centrale dans ma pratique professionnelle et il est selon moi, indissociable d'un soin de qualité.

J'ai fait le choix de débiter mon travail par une situation vécue en pédopsychiatrie qui a engendré de nombreuses questions sur la future soignante que je suis. L'ensemble de ces questions portent sur la communication, la relation de soin et les compétences de l'infirmière. Mon travail d'initiation à la recherche a pour objectif d'approfondir mes connaissances dans l'accompagnement de l'enfant en pédopsychiatrie. Il n'a pas comme but de répondre directement à une problématique mais d'ouvrir des champs possibles de réflexion. Et ainsi, d'amener une problématique pour un potentiel travail exploratoire ultérieur. Le travail que je vais vous présenter se divise en parties distinctes. Je vous présenterai tout d'abord ma situation d'appel et le questionnement qui en a découlé. Je formulerai par la suite une question de départ, qui me conduira à de nombreuses recherches théoriques. Puis, je développerai les résultats de ces recherches que je mettrai en lien avec l'analyse des données recueillies lors d'entretiens exploratoires.

La confrontation de mes recherches avec la réalité de la pratique professionnelle, me permettra de réaliser une analyse pertinente. Dans un dernier temps, je réaliserai une synthèse de ce travail de recherche pour ensuite proposer une nouvelle question de recherche et conclure.

PARTIE I : CONSTAT DE DÉPART

1) Situation initiale

Lors de ma deuxième année de formation en soins infirmiers, en 2016, j'ai réalisé un stage de cinq semaines en service de pédopsychiatrie. Le centre médico-psychologique et hôpital de jour accueille des enfants âgés de 3 à 16 ans souffrant de troubles psychologiques diagnostiqués ou non. La situation que j'ai choisi se déroule lors de la troisième semaine de stage.

La patiente au cœur de la situation choisie se prénomme C. Elle a cinq ans, et présente un mutisme extra-familial ainsi que des troubles apparents du spectre autistique mais qui ne sont pas diagnostiqués. C'est une petite fille qui ne parle pas à l'extérieur de son domicile et qui présente donc des difficultés quotidiennes dans la relation à l'autre. Elle est scolarisée en grande section de maternelle. Elle présente un retard de langage et un retard de développement important, nécessitant une prise en soins au centre médico-psychologique depuis septembre 2015. C. participe à un groupe d'hôpital de jour durant deux à trois heures, deux jours par semaine. Elle est prise en charge avec deux autres garçons de son âge, par deux infirmières qui les encadrent dans des médiations thérapeutiques telles que la pataugeoire, la peinture ou la musicothérapie.

Un vendredi matin, deux des infirmières et moi-même allons chercher les enfants dans la salle d'attente. Lorsque nous arrivons, C. pleure derrière son doudou sans bruit, elle est assise à côté de son chauffeur de taxi. L'une des infirmières m'explique que cela arrive régulièrement avec cette petite fille, pendant que l'autre infirmière tente de la reconforter. Après quelques minutes, nous décidons de nous rendre dans une salle avec le groupe afin de se dire bonjour comme cela est le cas à chaque venue des enfants. Nous nous installons avec les enfants autour d'une table ronde. C. pleure encore. Les infirmières tentent de l'interroger sur les raisons de son chagrin et émettent des hypothèses sur celles-ci mais l'enfant ne répond pas.

Nous remettons en place le déroulement de la matinée avec des pictogrammes représentant la pataugeoire. Lorsque nous nous apprêtons à nous rendre à la pataugeoire, C. pleure davantage. Je la regarde et je me dis alors que nous ne pouvons pas la laisser participer à la médiation comme cela, je réfléchis à ce que l'on pourrait faire pour la consoler. Je propose à l'une des infirmières de m'isoler avec C. dans une petite salle le temps qu'elle arrête de pleurer et de lui proposer de lire une histoire.

L'infirmière se tourne vers C. et lui demande si elle souhaite monter à la pataugeoire avec nous, elle secoue la tête pour dire que non, puis l'infirmière lui propose de venir avec moi lire une histoire, elle acquiesce de la tête. Je lui tends ma main, elle la saisit, et nous nous rendons dans la bibliothèque. Lorsque je ferme la porte, elle s'arrête de pleurer. Je lui propose de choisir entre plusieurs livres, elle me dit « celui-là » d'une voix quasiment inaudible, je le lui lis. Je lui propose alors d'en lire un deuxième, elle me dit oui, verbalement, toujours d'une voix basse. Après avoir lu les deux livres, je lui explique qu'il serait bien que l'on puisse rejoindre les autres enfants à la pataugeoire. Je lui demande si elle est d'accord, elle me dit oui verbalement, le regard dans le vide. Nous nous rendons dans la salle de pataugeoire.

2) Ressentis et questionnement

Lorsque j'ai vécu cette situation, je me suis sentie quelque peu dépourvue de solutions. En effet, mon envie de réconforter et d'apaiser cette enfant m'a poussée presque sans réfléchir à proposer une alternative à l'activité de groupe. Je me suis demandée en le faisant, si cela était une solution, si je pouvais me permettre de faire cela. Ma maigre expérience et mon comportement probablement un peu naïf et idéaliste auraient-ils pu être préjudiciable à la prise en soin de cette fillette ? Je me suis donc beaucoup interrogée sur ma pratique professionnelle et mes compétences dans une situation comme celle-ci. Ma réaction était-elle bénéfique à cette enfant ? Qu'aurait fait une infirmière du service ? Je me suis vite aperçue des difficultés auxquelles nous faisons face, nous professionnels de santé, lorsque nous prenons en soin des enfants en pédopsychiatrie. Ainsi, j'ai remarqué qu'il me fallait réfléchir aux compétences soignantes plus largement et aux attitudes de ces derniers lors de situations similaires. Par la suite, je me suis dit qu'un soignant agirait peut-être différemment d'un autre de part ses expériences professionnelles, sa personnalité, sa perception ou son analyse de la situation.

Pour commencer mon travail de recherche, je me suis tout d'abord interrogée sur le développement de l'enfant « sain » avec ses dimensions cognitives, sensorielles, motrices et celles du langage. Quelles sont les différentes étapes du développement de l'enfant ? J'ai ensuite décidé de me centrer sur certaines pathologies traitées en pédopsychiatrie et plus particulièrement celles qui ont une influence sur la communication. Qu'est-ce que le mutisme ? Qu'est-ce que le mutisme extra-familial ? Quels sont les différents troubles du langage chez l'enfant ? Que sont les troubles du spectre autistique ? La petite fille présentant des difficultés à communiquer verbalement, je me suis ainsi demandée si l'absence de communication chez un enfant pouvait être un moyen de protection ? Que peut signifier une absence de langage chez un enfant ? Qu'est-ce que la communication verbale ? Et la communication non verbale ? Quelles peuvent être les alternatives à la communication verbale ? Quelle communication privilégier et sur quelles bases se positionner ? Comment réussir à établir une relation avec l'enfant ?

J'ai continué dans mon questionnement sur la prise en soin en pédopsychiatrie. Qu'est-ce que la pédopsychiatrie ? Comment la prise en soin de l'enfant a-t-elle évolué dans le temps ? Comment se caractérise la relation de soin en pédopsychiatrie ? Peut-il y avoir des attitudes à adopter et d'autres à éviter ? Quels sont les objectifs de soins ? Quels soins sont réalisés en service de pédopsychiatrie ? Comment instaurer un climat de confiance avec l'enfant ? Pourquoi une prise en charge précoce est recommandée ? Comment les professionnels évaluent leurs soins ? Comment perçoivent-ils les évolutions des enfants ?

Enfin je me suis interrogée sur le rôle du soignant. Quelles sont les compétences requises par le soignant ? Quelle est la place de la pluridisciplinarité dans ces services ? Quelles attitudes sont facilitantes et à l'inverse lesquelles peuvent être bloquantes pour l'enfant ? Comment les expériences vécues par le soignant vont impacter ses prises en soin ? Quel rôle joue l'expérience du soignant dans la mise en place des soins ?

3) Question préliminaire

Ainsi, en lien avec le questionnement effectué, je fais le choix de travailler sur la prise en soin des troubles de la communication et de la relation. Mon travail portera sur les dimensions de la prise en charge infirmière de l'enfant en pédopsychiatrie et plus précisément sur la place des expériences et des compétences infirmières. J'ai ainsi pu formuler la question suivante :

En quoi les expériences et les compétences de l'infirmière en pédopsychiatrie influencent sur le prendre soin du jeune enfant (3-6ans) ayant des troubles de la communication et de la relation ?

PARTIE II : PRÉSENTATION DE LA DÉMARCHE MÉTHODOLOGIQUE

La situation initiale à partir de laquelle j'ai commencé mon travail d'initiation à la recherche m'a amenée à me questionner sur de nombreux concepts et savoirs. J'ai donc construit mon questionnement autour de trois axes qui étaient tout d'abord tournés vers le développement de l'enfant, l'élaboration de la communication et les troubles pouvant être associés. Par la suite mes questions portaient sur la pédopsychiatrie, les soins qui y sont prodigués et enfin sur les compétences, les attitudes et les expériences de l'infirmière. A la suite de ce travail de réflexion, j'ai pu élaborer une question initiale qui était : **En quoi les compétences et les expériences de l'infirmière en pédopsychiatrie influencent sur le prendre soin du jeune enfant (3-6ans) ayant des troubles de la communication et de la relation ?**

En me basant toujours sur les axes de mon questionnement initial, j'ai entamé des recherches théoriques. Ces lectures se sont axées sur l'enfant, le développement de la communication, le prendre soin, la relation soignant-soignée, les compétences et les expériences infirmières. J'ai choisi de lire des ouvrages d'auteurs connus et certains d'auteurs moins souvent cités. J'ai principalement utilisé deux ouvrages de Walter Hesse que j'affectionne particulièrement, ainsi qu'un ouvrage *Enfance et psychopathologie*, sur conseils d'une infirmière rencontrée lors de mon stage en pédopsychiatrie. Je me suis aussi servi d'un article de recherche et de cours reçus en formation. Lorsque j'ai eu suffisamment de données et d'hypothèses par mes lectures, j'ai pu envisager de débiter mes recherches sur le terrain. Pour cela, j'ai dû réfléchir à la méthode que j'allais utiliser entre la réalisation de questionnaires apportant des résultats quantitatifs ou la réalisation d'entretiens permettant d'obtenir des données plus qualitatives. J'ai ainsi choisi de réaliser des entretiens semi-directifs avec des questions ouvertes afin d'obtenir de la part des professionnels, des réponses riches, personnelles et libres tout en orientant en partie la conversation sur les thèmes que j'ai choisi de traiter. J'ai décidé de sélectionner trois professionnels représentatifs pour confronter mes données théoriques aux vécus des soignants sans me perdre dans l'analyse des données par la suite. Après avoir entamé des démarches pour obtenir des autorisations écrites des directeurs de soins, j'ai choisi de solliciter des infirmières car mon questionnement initial concernait cette catégorie professionnelle.

J'ai donc fait des demandes d'entretiens auprès d'infirmières exerçant en pédopsychiatrie. Le choix de m'entretenir uniquement avec des infirmières de ces services était volontaire pour rester dans le thème initial. La seule condition que j'ai posée était celle de la tranche d'âge des enfants pris en soin. En effet, ayant fait le choix de me concentrer sur le jeune enfant, il me paraissait pertinent de ne pas cibler les structures prenant en soin les adolescents. J'ai rencontré des difficultés pour obtenir des réponses de professionnels volontaires mais j'ai tout de même réussi à trouver trois infirmières pour me recevoir dans les locaux de leur structure. L'infirmière (N°1) rencontrée dans un premier temps, est diplômée depuis 2001 et elle exerce depuis le début de sa carrière en psychiatrie adulte et en pédopsychiatrie. Elle est infirmière dans le service actuel depuis environ 7 ans. La deuxième infirmière que j'ai pu rencontrer est diplômée depuis 2009, elle a toujours travaillé en santé mentale et exerce en pédopsychiatrie dans ce service depuis 6 à 7 ans. Enfin la troisième infirmière a le diplôme de secteur psychiatrique depuis 1993, elle a toujours travaillé en pédopsychiatrie et exerce dans le service depuis environ 10 ans. J'ai ainsi eu la chance de m'entretenir avec des infirmières ayant des parcours professionnels et personnels très variés, ainsi que des expériences et des compétences différentes en pédopsychiatrie. À la suite des retranscriptions de ces entretiens j'ai pu réaliser un tableau dans lequel j'ai placé les éléments que je considérais importants, les concepts de mes données théoriques et une réflexion personnelle de ce que j'avais perçu. Je me suis appuyée sur de nombreuses relectures de mes retranscriptions afin de compléter mes analyses. Enfin, j'ai pu incorporer cette réflexion à mes données théoriques. A l'issue de ce travail, j'ai pu faire évoluer ma question initiale pour construire une partie problématisation et arriver à la proposition d'une question de recherche.

PARTIE III : ANALYSE DES DONNÉES THÉORIQUES ET EMPIRIQUES

1. L'enfance

1.1 Le développement de l'enfant sain

D'après le dictionnaire médical à l'usage des infirmiers, l'enfance est la période de maturation physique et psychique qui précède la puberté et s'étend de la naissance à l'adolescence. C'est en fait une période de transition de plusieurs années, pendant laquelle l'enfant est dépendant de l'adulte pour se construire et pour se développer. Lorsque l'on parle de petite enfance, on considère la période allant de 0 à 6 ans.

C'est très tôt dans la vie de l'enfant que vont se développer des acquisitions intellectuelles, motrices et sensorielles. Le développement va concerner de nombreuses dimensions simultanées et intriqués. Certains médecins et psychanalystes tels que Piaget ou Freud se sont accordés à dire que le développement de l'enfant était marqué par des phases, des passages obligatoires. Freud parle de stade, il y a le stade oral, le stade anal, le stade phallique puis le complexe Oedipien précédant une période de latence et pour finir une phase génitale. Ces stades s'enchaînent selon lui, progressivement, tout en créant parfois des points de fixation lorsqu'un stade est marqué par un traumatisme. Piaget, parle lui de développement cognitif et place au centre l'idée que l'adaptation est une caractéristique commune à tout être vivant. Ainsi, il nomme la première étape du développement de 0 à 2 ans comme étant la période de l'intelligence sensorimotrice. La deuxième étape est la période préopératoire de 2 à 6 ans, c'est l'accès progressif à l'intelligence représentative où l'enfant acquiert la fonction symbolique et la capacité de créer des images mentales. Aux alentours de 6-7 ans, le langage accompagne le jeu et permet l'intériorisation. La période des opérations concrètes se fait entre 7 et 11 ans et est marquée par la décentralisation de l'enfant et la socialisation, puis suit la période des opérations formelles. L'enfance est ainsi une période cruciale dans la construction de l'individu. (Chevalier, 2015)

Dans les années 1970, l'idée émerge que l'enfant entretient avec ses parents et ses frères et sœurs des relations qui vont déterminer par la suite sa personnalité. Lorsque l'on parle de l'enfant, on ne peut donc ignorer la famille qui l'entoure. En 1969, Bowlby fonde la théorie de l'attachement et le définit comme étant un besoin primaire et inné chez le petit homme, qui par des comportements comme les pleurs, les sons, les sourires va rechercher la proximité d'un adulte ou la figure d'attachement afin de répondre à ses besoins. C'est donc cela qui va lui permettre de se construire en sécurité et qui par la suite lui permettra de s'ouvrir au monde extérieur.

La structure de la famille a énormément évolué ces dernières décennies pour laisser de plus en plus de place à des modèles tels que la monoparentalité, l'homosexualité ou la famille recomposée. Malgré certains débats portant sur la place et le rôle de chacun des membres de la famille, celle-ci reste en théorie une structure contenant, parfois appelée groupe psycho-social. D'après Cadolle (2016), c'est un ensemble de personnes à la poursuite d'un but commun et qui vont structurer leurs interactions en fonction de celui-ci. Ainsi, le développement global de l'enfant va lui permettre d'interagir avec les individus qui l'entourent et réciproquement.

Cependant, l'enfant ne va pas se développer uniquement grâce aux membres de sa famille mais aussi par le biais de la crèche, de l'école ou des activités sportives. L'école est une instance socialisante, et la socialisation est un marqueur important de la période de l'enfance. Par ailleurs, en France, la scolarisation est obligatoire pour tous les enfants à partir du cours préparatoire (CP) et jusqu'à 15 ans, c'est ce que me confirment les trois infirmières que je rencontre lors de mes entretiens. L'école va ainsi permettre à l'enfant d'entrer en relation avec ses pairs. Pour Hirn (2017), la socialisation est « un processus par lequel l'enfant intériorise les divers éléments de sa culture comme les valeurs, les normes, les codes symboliques et les règles de conduite dans le but de s'intégrer dans la vie sociale ». L'enfant va ainsi se développer et acquérir les normes et valeurs de la société dans laquelle il vit par le biais des instances socialisantes qui l'entourent.

1.2 Développement du langage et de la communication chez l'enfant

La situation d'appel de ce travail m'a amenée à me concentrer davantage sur les mécanismes qui s'opèrent chez le jeune enfant dans la construction du langage et dans l'élaboration de la communication. Le petit enfant va opérer très tôt des interactions comportementales, affectives, imaginaires et fantasmatiques.

La communication est l'ensemble des processus physiques et psychologiques par lesquels s'effectue l'opération de mise en relation de une ou plusieurs personne(s), l'émetteur, avec une ou plusieurs personnes, le récepteur, en vue d'atteindre certains objectifs. (Anzieu et Martin, 2013). La communication va donc permettre à l'enfant d'entrer en relation. L'enfant peut utiliser diverses méthodes pour communiquer mais l'accès au langage va être une étape importante pour favoriser cela.

Le développement du langage oral nécessite la combinaison de processus physiologiques et cérébraux qui vont commencer très tôt chez le nourrisson avec les babillages. Dès 8 mois, l'enfant va pouvoir dire des mots simples. On peut aisément l'observer dans des structures d'accueil de petite enfance tel que la crèche ou chez une assistante maternelle. D'après Marcelli et Cohen (2016), l'acquisition du langage intègre l'enfant au système symbolique le plus achevé. Parler signifie avant tout communiquer avec autrui, être dans une relation « d'échanges informatifs et affectifs ». Pour ces auteurs, c'est par les stimulations extérieures que l'enfant va acquérir le langage. Les premiers mots chez l'enfant arrivent entre 9 et 18 mois. Entre trois ans et demi et cinq ans, l'enfant peut maîtriser jusqu'à mille cinq cent mots, et à partir de quatre ans il peut être capable d'organiser des phrases complexes. Selon Montagner (2012), le langage oral joue un rôle dans « les échanges émotionnels, les processus de communications, les constructions cognitives, le façonnement et la mobilisation des ressources intellectuelles et, bien évidemment l'organisation de la pensée ». Par ailleurs, Montagner a réalisé une étude ethnographique durant plusieurs années afin de comprendre ce qui influençait la communication chez le jeune enfant. Il déclare ainsi que: «L'émergence et le développement du langage oral dans ses dimensions émotionnelle, affective, relationnelle, sociale (communiquer), linguistique (parler), cognitive et intellectuelle (penser, comprendre, apprendre) apparaissent indissociables des combinaisons pluri-sensorielles et comportementales qui enveloppent et englobent la parole ».

Cependant, l'enfant peut aussi communiquer avec autrui par d'autres moyens, c'est ce qui est appelé la communication non-verbale. Elle est considérée comme « le langage du corps » (Bioy, Bourgeois et Negre, 2009), de manière consciente ou non. C'est par exemple, les expressions du visage ou encore la gestuelle. Ainsi, tout petit, l'enfant va pouvoir communiquer en utilisant autre chose que la parole, il va ainsi pointer du doigt dès 12 mois environ mais aussi manifester des émotions par les expressions de son visage : la peur, la colère, la tristesse, le rire... L'accès au langage et le développement de la communication est ainsi un phénomène complexe qui débute dès le plus jeune âge de l'enfant.

1.3 Les troubles de la communication chez l'enfant

Nous avons pu voir précédemment que les prémices de la communication s'établissent très tôt chez l'enfant. Selon Bioy Bourgeois et Negre, « La communication apparaît comme le support de la relation entre êtres humains » mais l'apprentissage du langage varie en fonction de chaque enfant, de son âge et du rythme auquel il évolue. De plus, les capacités de communications peuvent être différentes et ne dépendent pas totalement des capacités de langage. Dès lors, comment un enfant qui ne communique pas peut-il entrer en relation avec ses pairs ? En effet, certains enfants présentent très tôt un ou plusieurs troubles qui vont avoir un impact important dans leur développement sensoriel, cognitif, intellectuel et par conséquent social. Lorsque le trouble est majeur, l'enfant peut présenter des difficultés d'interactions avec ceux qui l'entourent tels que sa famille, son école, ou ses pairs. D'après Lebovici, Diatkine et Soule (2004): « L'apparition du langage produit une profonde mutation du fonctionnement psychique et de la compétence relationnelle. » On peut ainsi penser que la complexité du phénomène d'accès au langage et à la relation peut parfois être brutal ou compliqué pour certains enfants.

Certains enfants ne développent absolument pas le langage oral durant la deuxième année de leur vie ou le développe de façon inadaptée. D'après Marcelli et Cohen, les consultations pour troubles du langage chez l'enfant de quatre à huit ans sont quantitativement très importantes en service de pédopsychiatrie. En effet, nous pouvons supposer que cette période étant celle du développement du langage parlé puis celui du langage écrit, les parents ou instituteurs peuvent davantage se rendre compte des difficultés d'un enfant. Les origines de ces troubles peuvent être difficiles à établir, parfois elles sont inconnues, comme c'est le cas dans les troubles du spectre autistiques, étudiés depuis des années mais dont l'étiologie reste extrêmement difficile à déterminer. Parfois, il est plus aisé d'attribuer une des causes éventuelles de l'apparition de troubles, c'est le cas pour les enfants qui ont des problèmes familiaux comme me l'explique l'infirmière n°2. L'infirmière n°3 ajoute le terme de « famille carencée » où l'enfant peut parfois être victime de négligences. Ce sont donc, en partie, ces négligences qui vont être à l'origine des troubles.

Afin de classer les nombreux troubles et pathologies psychiatriques, des nosographiques internationales ont été créées. Elles ont pour objectif d'avoir un langage commun, d'avoir une perspective descriptive et de limiter le risque de diagnostic arbitraire. Ces différentes écoles de pensées sont souvent critiquées ou préférées pour des raisons diverses. Les trois principales classifications sont les suivantes : La CIM-10 est la classification internationale des maladies selon l'Organisation Mondiale de la Santé ; la CFTMEA est la classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent ; le DSM-V est le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Lorsque je me réfère à ces nosographies, je m'aperçois que les troubles du développement du langage et de la communication sont difficiles à classer. On peut trouver par exemple, les troubles du langage, de la phonation ou trouble de la communication sociale; les troubles liés aux composantes du langage lui-même ; les troubles du spectre autistique ou retard mentaux, et toutes les pathologies associées tel que l'hyperactivité, l'inhibition psychologique ou la dépression. (Marcelli et Cohen)

Les trois infirmières rencontrées ne se réfèrent pas directement aux nosographies internationales mais elles citent principalement les mêmes pathologies : les troubles du spectre autistique, les troubles de la relation sociale, les troubles envahissant du développement, les troubles associés à des carences familiales.. L'ensemble de ces problématiques entraînent ou sont susceptibles d'entraîner des difficultés de communication et ainsi des troubles dans la relation à l'autre. Lorsque je les interroge sur les manifestations de ces troubles, les signes cliniques cités sont divergents. L'enfant peut avoir acquis le langage mais ne pas l'utiliser, ou à l'inverse l'enfant peut désirer entrer en communication mais sans pouvoir utiliser le langage parlé. Il peut aussi exister des enfants qui ne désirent pas entrer en communication, ou d'autres qui utilisent le corps pour communiquer. Enfin, certains enfants communiquent mais de façon totalement incompréhensible pour autrui. Il semble qu'il y ait énormément de façon d'habiter une pathologie de la communication comme c'est le cas pour toutes les pathologies en général, chaque enfant va manifester des signes différents, c'est la singularité de la personne soignée.

La petite fille présente dans ma situation de départ souffre d'un mutisme extrafamilial ainsi que de troubles apparents du spectre autistique non diagnostiqués. Ce sont deux exemples de pathologies qui entraînent des difficultés dans la communication et

dans la relation à l'autre. Le mutisme est une absence de langage chez un enfant qui ne présente aucune pathologie de la parole telle que l'aphasie ou le bégaiement. Il y a le mutisme que l'on appelle intrafamilial et le mutisme extrafamilial, le second étant le plus répandu. Le choc affectif semble être l'origine la plus fréquente de mutisme chez l'enfant. Le mutisme peut, de plus, masquer des troubles de la personnalité ou des problèmes dans l'organisation familiale. (Marcelli et Cohen). Les troubles du spectre autistique (TSA) sont globalement connus du grand public. Ils sont marqués par des troubles de la communication sociale ainsi que par des comportements stéréotypés et des intérêts restreints et répétitifs. Selon la Haute Autorité de Santé, le taux de prévalence des troubles du spectre autistique serait estimé à 1 enfant sur 150 en France. Les trois infirmières me parlent ainsi beaucoup des troubles du spectre autistique, il semble que ce soit une pathologie qu'elles rencontrent beaucoup dans leur pratique professionnelle.

Ils existent ainsi énormément de pathologies de la communication et de la relation ainsi que de manifestations de celles-ci nécessitant un suivi en psychiatrie infanto-juvénile. Les nosographies internationales peuvent être utiles pour aider le médecin à poser un diagnostic mais il semble important de prendre du recul pour observer réellement l'enfant et la singularité de ses troubles.

2. La pédopsychiatrie

2.1 Naissance et fondements de la pédopsychiatrie

Lorsque l'on s'intéresse à l'histoire de la psychiatrie infanto-juvénile, nous pouvons remonter jusqu'au XIX^{ème} siècle. Ainsi, en 1800, un enfant est recueilli dans une forêt de l'Aveyron, seul, dans un état apparent de sauvagerie totale. Il est amené à Paris où il est durant de nombreuses années le sujet d'observation et de recherches de philosophe et de médecin. Le premier est Jean-Marc Gaspard Itard, étudiant en médecine, il s'attelle durant 5 années auprès de l'enfant à trouver la cause et les moyens de le sortir de ce qu'il appelle alors « idiotisme apparent ». Philippe Pinel, médecin et fondateur de la psychiatrie lors de la révolution française, classe lui, l'enfant de l'Aveyron dans une nosographie psychiatrique : « l'idiotisme ». Ces deux avis diamétralement opposés fondent ainsi le début de la psychiatrie de l'enfant. En 1838, l'asile est créé pour accueillir hommes, femmes et enfants alors nommés les « fous ». Cela durera une cinquantaine d'années. À la fin du XIX^{ème} siècle, la formation en psychiatrie s'intensifie et au XX^{ème} siècle, la psychanalyse prend essor dans la pratique des psychiatres. C'est à cette période que Freud, entreprend une théorie sur le développement psycho-affectif de l'enfant. (Gineste, T. 2008)

La pédopsychiatrie s'est par la suite longtemps résumée à la pratique unique de thérapies individuelles par des professionnels en cabinet libéraux. Dans les années 1970, une extension considérable de la pratique pédopsychiatrique s'est opérée. D'après Marcelli et Cohen, c'est la fin d'une période où il était souhaité que chaque enfant suive une psychanalyse même sans signes de souffrance psychologique, ce qui traduisait une connaissance très incomplète voire erronée de l'enfant.

Aujourd'hui, les droits de l'enfant et leur place dans la société ont énormément évolué et la pédopsychiatrie est désormais une spécialité médicale qui prend en soin les enfants âgés de 0 à 18 ans. Les professionnels que j'ai eu l'occasion de rencontrer travaillent dans des services où les enfants sont âgés de 3 à 12 ans avec une majorité d'enfants accueillis âgés de 3 à 6 ans. Les missions de ces services de pédopsychiatrie sont la prévention, le dépistage, le diagnostic et la prise en charge des symptômes de la souffrance psychique chez l'enfant. C'est par ailleurs ce que me confirment les trois

infirmières lors de mes entretiens qui néanmoins, abordent moins l'aspect de prévention par rapport au curatif.

La pédopsychiatrie se divise en secteurs comme la psychiatrie adulte. L'enfant est rattaché à une structure en fonction du lieu d'habitation de ses parents. Les structures sont diverses : le centre médico-psychologique, l'hôpital de jour, l'hospitalisation à temps plein; le centre d'activité thérapeutique à temps partiel; mais aussi la pédopsychiatrie de liaison comme les services de pédiatrie ou des urgences; et les activités libérales par les psychologues et les psychiatres. L'enfant est suivi dans une de ces structures en fonction de ce que le pédopsychiatre prescrit après avoir rencontré l'enfant ainsi que sa famille et évalué ses besoins, c'est ce que m'explique l'infirmière n°2. La durée de prise en soin dépend ensuite beaucoup de l'enfant, du projet de soin individualisé et de l'implication des parents. La prise en soin n'est en général pas inférieure à un an et peut parfois s'étendre sur plusieurs années selon l'infirmière n°1 qui me précise aussi que les soins psychiques sont globalement des soins longs.

Les professionnels soignants qui exercent en pédopsychiatrie sont pluridisciplinaires. On peut y rencontrer des pédopsychiatres, des infirmiers, des cadres de santé, des psychologues, des orthophonistes, des psychomotriciens, des assistants sociaux, des secrétaires médicales, des éducateurs, des enseignants spécialisés, des aides-soignants ou des puéricultrices... Cette pluridisciplinarité permet ainsi une prise en soin globale de l'enfant. De plus, le travail en pluri-professionnalité est central dans les services de pédopsychiatrie.

2.2 *Quel est le sens du soin en pédopsychiatrie ?*

Pour définir le soin en pédopsychiatrie, il est selon moi, primordial de définir auparavant ce qu'est le prendre soin. Pour Hesbeen (1997), prendre soin désigne « Cette attention particulière que l'on va porter à une personne vivant une situation particulière en vue de lui venir en aide, de contribuer à son bien-être, de promouvoir sa santé ». Il ajoute par ailleurs : « Le soin au singulier, permet de rappeler qu'il s'agit – ou devrait s'agir – d'une œuvre de création à chaque fois unique qui concerne une personne dans la singularité de sa situation de vie. C'est pour cela que la pratique soignante est un art et non pas une science ». Les visions du soin en pédopsychiatrie des infirmières interrogées convergent vers certaines idées communes. Le soin est tourné vers l'enfant et son bien-être. L'infirmière n°3 soutient cela aussi lorsqu'elle m'affirme que le travail en groupe n'entraîne pas une négligence du projet de soin individualisé. Elle me dit que malgré le travail en groupe, un projet de soin est réalisé pour chaque enfant, individuellement. Le projet de soin est un plan d'action élaboré par une équipe soignante pluridisciplinaire, avec la collaboration du patient et/ou de sa famille (Guerrin cité par Formarier et Jovic, 2012).

En santé mentale, il existe donc différentes façons de prendre en soin les souffrances psychiques. Les traitements médicamenteux sont une méthode chimique, l'hospitalisation complète ou partielle est une méthode institutionnelle et le soin relationnel, est au cœur de la prise en soin. (Merkling, 2014). Les indications du soin en pédopsychiatrie sont la nécessité d'espace-temps thérapeutiques au cours desquels l'enfant peut exprimer sa souffrance, c'est le cas en hôpital de jour. (Perouze, 2016). En effet, la prise en soin de la souffrance apparaît dans les propos des infirmières. Le soin en pédopsychiatrie c'est ainsi accueillir la souffrance de l'enfant, l'entourer, traiter le psychisme et le corps en travaillant sur les angoisses, sans négliger les domaines non pathologiques pour travailler sur ceux qui sont carencés.

L'enfant peut aussi recevoir un suivi individuel comme la psychothérapie, l'orthophonie ou la psychomotricité. L'infirmière n°2 et l'infirmière n°3 m'expliquent que certains enfants disposent d'un suivi individuel avec un psychologue, un pédopsychiatre ou un psychomotricien en plus d'une prise en soin en groupe. Cela montre l'importance de la prise en soin globale de l'enfant. L'infirmière n°1 va venir confirmer cela lorsqu'elle parle de « s'occuper du psychisme et du corps ». Le soin en pédopsychiatrie vise à s'occuper de

tout ce qui englobe l'enfant et sa famille et l'institution est l'outil de soin. C'est par ailleurs ce que m'explique l'infirmière n°3. Ce qui rend la relation thérapeutique c'est le cadre institutionnel et le statut du soignant. Le jeu, la médiation thérapeutique sont alors des outils pour le soin mais le soignant est le matériau principal, c'est lui qui va rendre la relation thérapeutique.

Je pense qu'on ne peut s'intéresser au sens du soin sans aborder l'éthique. L'éthique a pour objectif de traiter des problèmes posés par des conduites humaines. Elle regroupe quatre grands principes qui sont : le principe de bienfaisance, le principe de non-malfaisance, le principe de justice et le principe d'autonomie. Nezelof, Martin et Vulliez ont ainsi réalisé un travail de recherche en 2011 portant sur la mise en question des principes éthiques dans différentes situations de soins en pédopsychiatrie. En effet certaines dimensions vont impacter parfois ces principes: la responsabilité du soignant dans la connaissance des enjeux développementaux de l'enfant ; l'influence du contexte socioculturel en nécessitant le respect de l'autonomie des parents tout en protégeant l'enfant ; le contexte de la demande de soin et la définition du champ de soin comprenant la difficulté psychologique qu'entraîne une prise en soin en pédopsychiatrie ; et les idéaux professionnels qui incluent le fait que les différentes professions ne placent pas au centre les mêmes valeurs ni les même idéaux. L'éthique a donc une place importante dans le soin en pédopsychiatrie. C'est ce que j'ai pu observer lors de mon stage en pédopsychiatrie durant lequel les professionnels faisaient inconsciemment en sorte d'avoir toujours à l'esprit les principes éthiques.

D'un point de vue législatif, selon l'article R4311-6 du code de la santé publique, dans le domaine de la santé mentale, l'infirmière accomplit des actes et des soins tels que : l'entretien d'accueil du patient et de son entourage ; des activités à visée socio thérapeutique individuelle ou de groupe. Le groupe thérapeutique permet le travail de socialisation, et la médiation thérapeutique est très utilisée. La médiation thérapeutique est l'utilisation d'un intermédiaire (objet, activités, personne) pour permettre la communication, la relation. (Aubard, Digonnet et Leyreloup, 2007). La majorité des soins réalisés par l'infirmière en pédopsychiatrie sont les activités socio-thérapeutiques. Pour les trois IDE, la médiation thérapeutique est un temps formel, réfléchis en groupe restreint. L'objectif est d'utiliser un médiateur qui va venir faire tiers pour aider l'enfant à être en

groupe et à exprimer ses angoisses. Ce sont des temps qui doivent être adaptés à l'enfant, revus et modifiés toujours en fonction des besoins de ce dernier. Elles me citent par exemple les médiations terre, contes, jeux de rôle ou pâte à modeler. L'infirmière N°3 parle aussi de temps plus « passifs », l'infirmière N°2 parle, elle, de moments informels, ce sont des moments où l'enfant est laissé plus libre, ces temps moins cadrés permettent toujours d'observer l'enfant et sa façon d'interagir avec l'autre.

Dans les services de pédopsychiatrie, l'adaptation à l'âge de l'enfant est importante pour le soin. L'utilisation du jeu est fréquente, le jeu avec les voitures, les trains, les jeux de poupée, jeux de dinette, l'enfant se met ainsi en scène. Selon Marcelli et Cohen « L'enfant met en scène ses fantasmes, maîtrise son angoisse, s'identifie aux personnes de son entourage, pendant ce jeu l'enfant bouge, occupe l'espace : le clinicien peut alors évaluer la qualité de la motricité, se faire une idée de l'image dynamique du corps ». L'infirmière n°2 soutient cela lorsqu'elle me dit que l'objectif est aussi d'observer ce que l'enfant met en scène, quelles angoisses ils extériorisent, cela en l'aidant à le mettre en scène, en mot et en rassurant à travers le jeu.

Ainsi, selon moi, l'impact du relationnel est essentiel, il vient apaiser et mettre en confiance le patient. Cela se fait par des entretiens individuels, des médiations, des situations de groupe. Dans le formel, l'informel, l'improvisé ou le planifié. Mais qu'est-ce qui va faire que l'enfant va entrer en relation avec le soignant ?

2.3 Les spécificités de la relation soignant-soigné en pédopsychiatrie

Dans ma situation de départ, j'avais identifié des difficultés de communication avec une enfant ce qui engendrait des difficultés à entrer en relation avec elle. Je me suis donc intéressée à ce que peut être la relation soignant-soigné dans la théorie. Selon le dictionnaire encyclopédique des soins infirmiers (2000), la relation soignant-soigné signifie « Le lien existant entre deux personnes de statut différent, la personne soignée et le professionnel de santé. » Cette relation nécessite de la part du soignant trois attitudes que sont l'engagement personnel, l'objectivité et la disponibilité. Pour Manoukian (2008) c'est : « avec son corps, sa parole et son affectivité que l'on entre en relation. Une relation est une rencontre entre deux personnes au moins, c'est-à-dire deux caractères, deux psychologies particulières et deux histoires. Il y a également des facteurs physiques et sociaux qui peuvent intervenir dans l'établissement d'une relation». De ce fait, quelles sont les spécificités principales de la relation soignant-soigné en service de pédopsychiatrie ?

Dans la construction d'une relation entre le soignant et l'enfant en pédopsychiatrie, il y a une dimension à ne pas négliger, c'est l'importance de la famille pour l'enfant. En effet, l'enfant n'est pas pris en soin seul mais dans sa globalité, avec sa famille et sa fratrie, de plus la démarche de consulter est souvent perçue comme difficile pour le parent. C'est ce que confirment Nezelof, Martin et Vulliez (2011) en évoquant que le parent est tout aussi important que l'enfant dans l'élaboration du projet de soin de celui-ci. Elles ajoutent qu'il est parfois difficile de garder la limite entre la prise en soin de l'enfant et la prise en charge des difficultés diverses des parents, ce qui peut parfois aboutir à des conflits voire à une rupture dans le soin.

Instaurer un climat de confiance semble aussi un aspect essentiel pour établir une relation avec l'enfant. Comment cela est-il rendu possible ? L'infirmière N°3 me dit qu'il faut montrer aux enfants qu'ils sont importants aux yeux des soignants pour mettre de nouveau en route le dynamisme psychique et intellectuel. Les infirmières s'accordent à dire que le climat de confiance se crée par la durée et dans le temps. Et comme la durée des soins psychiques est longue, en moyenne une année scolaire mais plus souvent davantage, une relation de confiance se crée en général inévitablement.

De plus, selon Thorpe (1972), le processus de ritualisation est essentiel auprès de groupes d'enfant en pédopsychiatrie car c'est un processus structurant et donc rassurant. Il définit l'acte ritualisé comme « Une action apprise ou modifiée au cours de l'expérience individuelle pour qu'elle puisse servir de signal et communiquer symboliquement le comportement imminent ou l'intention ». L'infirmière n°1 m'explique que dans le service, le rythme est très ritualisé, et que cela est fait pour l'enfant, elle affirme « ils ont besoin de ça pour calmer un peu les pensées, s'apaiser ».

Lors de mes entretiens avec des infirmiers, le terme d'accompagnement est revenu régulièrement lorsque l'on échangeait sur la relation de soin, et celui-ci paru central dans la prise en soin de l'enfant. Qu'est-ce que l'accompagnement ? D'après Hesbeen (2002), la rencontre est un préalable à la relation soignant-soigné et implique le tissage de liens de confiance. Une fois cette étape dépassée, la deuxième étape peut se mettre en marche, c'est justement l'accompagnement, qui se définit comme le fait de « faire un bout de chemin avec la personne ». Cependant, il précise que c'est avant tout accompagner le patient sur le chemin qui est le sien et non sur celui où le soignant aimerait l'amener. Le rôle du soignant va être d'accompagner le patient, parfois l'aider à faire des choix ou juste l'aiguiller pour que celui-ci suive le chemin qu'il souhaite prendre. Selon Marcelli et Cohen, en ce qui concerne la communication par le langage, c'est au soignant d'adapter son langage à l'enfant, celui-ci doit être accessible en fonction de l'âge de l'enfant mais aussi de son développement. Ils déclarent ainsi qu'avant l'âge de 5 ou 6 ans, le fait de poser une question directement à un enfant peut être inhibiteur, les phrases courtes, simples et répétées sont donc à favoriser.

De plus, l'observation et l'attention sont essentielles car l'enfant utilise d'autres modes de communications tels que l'attitude gestuelle ou l'intonation de la voix, c'est la communication non-verbale.

Mais comme les enfants accueillis souffrent de troubles de la communication, il semble important de s'adapter à leur mode de communication, c'est aussi cela qui est thérapeutique selon les infirmières interrogées. Elles utilisent aussi le non verbal, en faisant comprendre à l'enfant qu'elles le comprennent par ses mimiques sans imposer pour autant le langage.

En pratique, l'infirmière N°1 me dit, que sa collègue et elle, travaillent pour obtenir les mêmes bases de langage, se comprendre est un point important de leur travail, ainsi les infirmières passent beaucoup de temps à répéter les choses, à mettre en mots. L'infirmière n°3, elle, m'explique qu'elles laissent le temps à l'enfant « d'accepter nos mots », en lui faisant comprendre que le langage n'est pas nuisible. Pour cela, elles expliquent, elles parlent beaucoup et parfois uniquement, elles imposent à l'enfant de parler pour obtenir ce qu'il souhaite.

De plus, nous pouvons chercher à préciser la nature de la relation entre l'enfant et le soignant en pédopsychiatrie en abordant la relation d'aide. La relation d'aide va nécessiter l'écoute active, l'empathie, le respect et la congruence. Elle se définit ainsi : « La relation d'aide suppose une interaction entre deux personnes ou l'une s'appuyant sur sa formation et ses compétences, va chercher à offrir à l'autre les conditions lui permettant de trouver ses propres solutions face au problème qu'elle rencontre... ». (Rogers 1971). La relation d'aide est celle que j'ai souhaité proposer à la fillette dans ma situation de départ. Selon moi, la relation d'aide est importante en pédopsychiatrie. Cette relation va avoir pour but de venir en aide à une personne qui en a besoin. L'empathie du soignant et la confiance mutuelle avec la personne soignée vont être primordiaux.

3. Influences et impacts de l'exercice infirmier en pédopsychiatrie

3.1 Les attitudes soignantes

L'attitude est « un état mental constitué par l'expérience, qui exerce une influence dynamique sur l'individu en le préparant à réagir d'une manière particulière à un certain nombre d'objets et de situation » (Allport, 1935 cité par Formarier et Jovic, 2012)

Afin d'étudier l'impact des attitudes soignantes sur l'enfant, j'ai choisi de me référer aux attitudes spontanées dans la communication selon Porter (1973). Les attitudes du soignant vont influencer la relation soignant-soigné lors d'un entretien ou lors d'un soin. En effet, le soignant va réagir en fonction de ce qu'il perçoit d'une situation, de la communication mise en jeu dans la situation, et ses attitudes, que l'on peut nommer les contre-attitudes vont avoir un impact positif ou négatif sur le patient. Les attitudes mises en avant par le sociologue se comptent au nombre de six : l'attitude de jugement ; l'attitude d'interprétation ; l'attitude d'enquête ou d'intrusion ; l'attitude de compréhension ou empathie ; l'attitude de soutien : l'attitude autoritariste ou de décision. Pour chacune d'entre elles, une objectivation est possible afin de la considérer comme facilitante ou au contraire comme bloquante.

Hesbeen (2002), ne parle pas directement d'attitudes facilitantes ou bloquantes mais déclare qu'il n'est pas judicieux d'imposer des modifications ou de faire des reproches au patient, et cela ne doit pas non plus aller à l'inverse en abandonnant le patient lorsque la situation paraît compliquée. Il rajoute « expliquer avec patience et parfois fermeté, n'est ni imposer ni reprocher, c'est là qu'intervient le professionnalisme subtil du soignant. »

Ainsi, les trois infirmières interrogées sont en capacité de citer des attitudes facilitantes et des attitudes bloquantes. Par exemple, une attitude intrusive en posant des questions ou en se rapprochant trop près de l'enfant peut entraîner un blocage de ce dernier. L'infirmière n°2 déclare « C'est vrai qu'un enfant qui est plutôt inhibé, qui va s'isoler, on ne va pas aller l'interpeller comme ça, on va aller le voir, pas être trop près de lui, pour ne pas le persécuter, l'intruser. ». De plus, une attitude de décision ou autoritaire peut être mal venue, l'infirmière N°1 et l'infirmière N°3, le confirme et cette dernière affirme « on va vouloir je sais, pas asseoir une autorité, être dur avec un enfant avec qui ça ne fonctionne

pas, par exemple ». L'infirmière N°2 confirme cela tout en le nuancant, considérant que cela permet à certains enfants d'être contenus.

Enfin, l'infirmière N°3 m'évoque le fait que parfois, il est possible d'entrer dans une relation qui n'est plus thérapeutique, une relation qui amène trop d'exclusivité, d'attachement et de fusion, cela peut être une attitude de soutien trop exacerbé qui va entraîner de la dépendance d'un côté comme de l'autre. En contrepartie l'attitude de soutien est évoquée par l'ensemble des soignantes comme facilitante, en soulageant l'enfant, « on va essayer de faire avec sa famille, en sorte qu'il souffre un peu moins (...) qu'on va trouver des moyens pour supporter mieux ce qui lui fait si peur » (IDE n°3).

L'attitude d'interprétation semble aussi importante, l'IDE n°1 le montre en me parlant d'un exemple et en citant ses propres dires à un enfant « là on voit bien que ça t'envahit, que tu penses à trop de choses, que tu as trop de mots dans ta tête, et du coup ça t'excite, donc on va te demander d'arrêter de parler parce que vraiment on voit bien que ça ne t'aide pas ».

Enfin, je ressors de mes trois entretiens, l'importance de l'empathie, autrement appelé attitude de compréhension. L'empathie est « la capacité de se mettre à la place de l'autre et de ressentir ses sentiments et ses émotions ». (Blouin et Bergeron cités par cité par Bioy, Bourgeois et Negre, 2013). Il est donc important de ne pas de prendre la place du patient mais de comprendre la vie intérieure de celui-ci. Le soignant ne devient pas patient, il s'efforce de regarder les difficultés du patient sous le même angle que ce dernier. L'empathie est importante pour l'enfant et pour sa famille, c'est ce qui est expliqué par les infirmières. L'IDE n°1 affirme « prendre le temps de comprendre », l'IDE n°3 déclare, elle: « Si l'enfant sait qu'on fait l'effort de comprendre ce qu'il ressent, je pense que c'est facilitant pour lui de déposer des choses en nous ». Dans la situation initiale, je peux donc affirmer que j'ai fait eu inconsciemment une attitude de soutien et une attitude d'empathie qui ont pu être facilitantes pour la fillette. À ce moment là, je m'interrogeais aussi sur les compétences, quelles pouvaient-elles être ?

3.2 Les compétences infirmières

Afin de prétendre à l'obtention du diplôme d'Etat d'infirmier, il est nécessaire d'obtenir les dix compétences qui ont été créées en lien avec l'ensemble des activités réalisées par l'infirmier. Ces compétences doivent être acquises dans les unités d'enseignements mais aussi lors des stages. La première compétence fait référence à la capacité d'évaluer une situation clinique, elle est obligatoire pour valider la deuxième compétence visant à la réalisation et à la mise en place d'un projet de soins infirmiers. Les quatre compétences suivantes concernent l'accompagnement dans la réalisation des soins quotidiens, la prévention, l'éducation, et la capacité de communiquer et de conduire une relation dans le soin. Les compétences suivantes concernent la réflexion sur la qualité du soin, la capacité de recherches, l'organisation des soins et la formation des pairs. Mais comment peut-on définir la compétence ?

Une compétence ne réside pas en le fait d'avoir des connaissances ou un savoir-faire et elle n'est pas acquise par une formation. Être compétent c'est pouvoir utiliser l'ensemble de ses ressources pour agir dans un contexte particulier. (Le Boterf, 1994) Lorsque Hesbeen (1997) définit le soin infirmier, il précise que l'aide apportée à la personne soignée par le soignant est rendue possible par les compétences et les qualités qui en font des professionnels infirmiers. Il rajoute « Le soin infirmier s'inscrit ainsi dans une démarche interpersonnelle et comprend tout ce que les infirmières et les infirmiers font, dans les limites de leurs compétences, pour prendre soin des personnes. » Ici la notion de qualité est ajoutée à celle de la compétence. Par ailleurs, lorsque j'interroge l'infirmière n°1 sur ses compétences personnelles et professionnelles, c'est après avoir ajouté le terme de qualité qu'elle peut me nommer l'écoute, la patience, la capacité de se remettre en question, d'être attentif et observateur. Par conséquent, il semble que les compétences personnelles soient nécessaires, ce sont par exemples, les qualités comme la patience, ou l'écoute. Mais les compétences professionnelles sont aussi inhérentes à la pratique en pédopsychiatrie. Celles citées le plus lors de mes entretiens sont en lien avec le travail avec l'enfant directement c'est-à-dire les connaissances sur le développement de l'enfant, la capacité de jouer, d'être créatif et imaginaire. Il est difficile de distinguer quelles compétences sont plus personnelles et quelles compétences sont plus professionnelles car finalement, elles sont totalement interdépendantes. Cependant certaines compétences citées par les professionnelles m'amènent évidemment à vouloir mieux comprendre ce qui

caractérise un « professionnel ». Ainsi, une profession est une communauté possédant des caractéristiques communes telles que, par exemple : un sentiment d'identification ; des valeurs communes ; une même définition des rôles pour tous les membres de la profession. (Goode cité par Tourmen, 2007). Cela concernerait donc l'identité commune propre aux infirmières dans un service de pédopsychiatrie. Cependant les infirmières interrogées exerçant beaucoup en binôme avec des éducatrices de jeunes enfants, le travail en équipe pluridisciplinaire revient énormément lors de mes entretiens. L'infirmière n°2 explique qu'il est nécessaire d'avoir une place dans l'équipe, d'être à l'aise et de travailler ensemble sur les réflexions quotidiennes imposées par la prise en soin des enfants dans le service. Par ailleurs, lors de mon stage réalisé en pédopsychiatrie, j'ai pu observer qu'un grand nombre de difficultés rencontrées par les soignants étaient discutées et résolues en réunion de synthèse avec tous les professionnels du service. La notion de travail en équipe est reprise par Hesbeen (1997) : « Le prendre soin constitue le lien le plus fondamental permettant de réunir tous les membres de l'équipe pluridisciplinaire dans une même perspective ». Ainsi, le terme soignant concerne tous les professionnels d'une équipe pluridisciplinaire qui vont avoir comme mission de prendre soin de la personne soignée quelle que soit la spécificité de leur métier. Ces différents professionnels vont donc utiliser leurs compétences pour apporter une aide à la personne soignée. L'infirmière n°3 me dit qu'il faut une formation théorique qui va accompagner l'expérience professionnelle. Je me demande alors, quelle place va prendre l'expérience professionnelle dans le soin.

3.3 La place de l'expérience professionnelle dans le soin

En service de pédopsychiatrie, des entretiens d'investigations sont réalisés au début de chaque prise en soin auprès des enfants et de leur famille. Les objectifs sont multiples: Repérer les conduites de souffrance et leurs origines, évaluer les interactions familiales et les impacts éventuels dans les troubles de l'enfant, évaluer en quelque sorte le normal et le pathologique et définir les possibilités thérapeutiques (suivi individuel, hospitalisation, groupe thérapeutique..). D'après Marcelli et Cohen, ces entretiens nécessitent une longue expérience qui ne peut s'apprendre qu'en partie par la théorie des ouvrages.

Selon Wittorski (2008) « L'expérience est une construction subjective à partir des actions réalisées par un individu ». Lorsque je réalise mes entretiens auprès des infirmières, elles m'évoquent à l'unanimité l'importance la formation. Je suis donc amenée après ces entretiens à faire de nouvelles recherches sur le processus de la formation, ce qui m'amène vers le terme de professionnalisation. Dans un sens premier, le terme de professionnalisation a été évoqué par des sociologues américains qui le définissait comme « un processus par lequel une activité devient une profession libérale mue par un idéal de service ». De nombreux courants l'ont par la suite défini de nouveau et les sens sont très différents. Celui que je souhaite retenir pour ce travail est décrit par Wittorski comme « un souhait de contribuer au développement des compétences des individus par la formation ». L'infirmière n°1 affirme « ce qu'il y a de sûr c'est qu'il faut se former, toute sa carrière il faut se former, à plein de choses ». Elle m'explique que cela permet d'évoluer, par exemple sur des pathologies dont les théories et les apports changent comme c'est le cas pour la précocité par exemple. L'infirmière n°2 m'apporte l'idée que continuer d'apprendre est essentiel et que la formation est une alternative idéale lorsqu'elle ne trouve pas le temps de lire suffisamment. Il est vrai que l'Institut de Formation en Soins Infirmiers nous apporte des connaissances qui peuvent être par la suite enrichies par des formations continues.

Hesbeen (2002) parle du soignant comme d'un expert « il dispose de différentes ressources issues tant de sa vie personnelle que de sa formation et de son expérience professionnelle, elle sont multiformes. » Les infirmières rencontrées ne prétendent pas être experte, l'infirmière n°1 me confie même qu'elle n'est pas persuadée qu'il faille disposer

de qualités en particulier pour travailler en pédopsychiatrie mais que le travail s'apprend sur le terrain. Cependant, lorsque j'observe ces infirmières, et en particulier l'infirmière n°3, qui exerce depuis 24 ans en pédopsychiatrie, je pense qu'il est possible de parler de soignante experte dans le domaine de la pédopsychiatrie.

Les infirmières que j'interroge m'expliquent aussi que le temps permet de gagner en assurance, de savoir comment réagir dans certaines situations mais aussi de se servir de certaines situations pour en traiter d'autres. La formation en école ne permet donc pas de tout acquérir, le professionnel va apprendre sur le terrain, par la transmission entre collègues et par les formations continues. « C'est sur, je ne travaille pas de la même manière maintenant que quand j'avais 23 ans, c'est évident, c'est l'expérience qui forme ». (IDE n°3). L'expérience semble ainsi prendre une place essentielle dans la pratique soignante en pédopsychiatrie. Cela peut être vrai pour toute formation mais le métier d'infirmière nécessite des compétences médicales, relationnelles et organisationnelles qui jouent un rôle essentiel dans la gestion des situations. Les infirmières apprennent sur le terrain, au fil des expériences qui se présentent et grâce aux différentes formations qu'elles sont amenées à faire. L'infirmière va mettre ainsi, continuellement en œuvre un ensemble de savoirs, de savoir-faire et de savoir-être.

PARTIE IV : DÉMARCHE DE PROBLÉMATISATION

L'ensemble de mon travail de recherche m'a ainsi amené progressivement à ce processus de problématisation. C'est par la mise en lien des données théoriques et l'analyse des entretiens exploratoires que j'ai pu fournir et enrichir progressivement une réflexion personnelle qui m'a amené à une question de recherche.

Mon sujet de recherche s'est axé sur la prise en soin des troubles de la communication en pédopsychiatrie. Je me suis interrogée sur le développement de l'enfant, puis les troubles de la communication de l'enfant, et enfin le rôle de l'infirmière avec les compétences, les expériences et les attitudes. Ma question de départ était ainsi : « En quoi les expériences et les compétences de l'infirmière en pédopsychiatrie influencent sur le prendre soin du jeune enfant (3 à 6 ans) ayant des troubles de la communication et de la relation? ». J'ai pu lire des ouvrages, des articles puis rencontrer par la suite trois professionnels. Les trois infirmières que j'ai rencontrées exerçant en pédopsychiatrie ont eu un discours assez homogène, cela a pu conforter une partie non négligeable des idées présentes dans mon cadre théorique. À travers ce travail de recherche j'ai pu retenir des notions telles que l'accompagnement, l'adaptation, l'importance d'accueillir la souffrance mais aussi certains concepts comme celui de professionnalisation ou de soignant-expert.

Ainsi, l'enfance est une période de développement important de l'enfant où la place de la famille et des autres instances socialisantes sont essentielles. Le développement du langage et de la communication sont des phénomènes complexes, où le non verbal a une place importante. Certains enfants vont ainsi développer des difficultés de langage ou de communication qui vont avoir des impacts dans la relation à l'autre. Les pathologies psychiatriques de l'enfant sont très diverses et les manifestations multiples, le mutisme et les troubles du spectre autistiques en sont des exemples. C'est lorsque les troubles sont importants et bloquants que l'enfant va nécessiter des soins en pédopsychiatrie. Mes recherches théoriques m'ont ainsi permis de découvrir l'histoire et les fondements de cette spécialité médicale. Les différents professionnels exerçant en psychiatrie infanto-juvéniles vont de ce fait, accueillir l'enfant en soin de façon globale tout en respectant le projet de soin, c'est ce qui rend la relation thérapeutique. Le point de vue éthique et législatif m'a permis d'avoir un angle d'analyse plus important.

La relation entre l'enfant et le soignant va nécessiter certaines choses comme l'instauration d'un climat de confiance, la prise en compte de la famille, l'accompagnement et la mise en place d'une relation d'aide. Le soignant va avoir un rôle à jouer dans cette relation et certaines de ses attitudes vont avoir un réel impact positif dans l'avancée des soins. Certaines compétences telles que la patience, l'écoute, l'empathie ou le travail en équipe sont beaucoup revenues lors des entretiens auprès des infirmières. J'ai pu comprendre que les compétences professionnelles et personnelles étaient imbriquées et totalement interdépendantes. Enfin, selon les soignantes, le rôle de l'expérience dans l'exercice professionnel est marqué par l'importance de la formation, de la professionnalisation, la transmission de connaissances et par la pratique en elle-même. Les expériences amènent l'acquisition d'expérience.

La prise en soin en pédopsychiatrie nécessite avant tout de ne pas négliger les aspects bio-psycho-sociaux qui englobent l'enfant. Ce travail de recherche m'a permis de comprendre que le soignant ne se plaçait pas au centre de la prise en soin comme j'avais pu le formuler lors de ma question initiale. Mais celui-ci, s'adapte continuellement pour accompagner l'enfant, pour que la relation soit toujours thérapeutique quelque que soit la situation. Globalement, c'est l'enfant dans sa singularité qui va influencer la prise en soin. Le soignant va ainsi pouvoir proposer une prise en soin adaptée et ses expériences et ses compétences vont l'y aider.

Au terme de ce processus de problématisation, une question de recherche peut alors en ressortir : « En quoi les troubles de la communication du jeune enfant en pédopsychiatrie nécessitent un savoir, un savoir-faire et un savoir-être de l'infirmier ? »

« En quoi les troubles de la communication du jeune enfant en pédopsychiatrie vont influencer le savoir, le savoir-faire et le savoir-être de l'infirmier ? »

CONCLUSION

Au terme de ce travail d'initiation à la démarche de recherche, je prends conscience du cheminement intellectuel et professionnel réalisé. Les recherches et les rencontres effectuées auprès de professionnels, m'ont permis d'évoluer sur ma façon de percevoir cette situation d'appel qui me questionnait il y a encore quelques mois. J'ai pu trouver des réponses aux questions que je me posais sur la communication, sur les troubles de la communication et de la relation, sur le rôle soignant ou encore sur les compétences infirmières. Il a parfois été compliqué de comprendre les enjeux des différentes étapes de la recherche infirmière et de rester centrée sur mon sujet sans me disperser. De plus, avoir davantage de temps aurait pu me permettre d'analyser de façon plus approfondie mes entretiens.

J'ai aujourd'hui un regard différent et plus construit qui aura un intérêt dans l'amélioration de ma pratique soignante et dans la conception que je me fais du soin. J'ai pu enrichir mes connaissances sur des concepts et des notions pour lesquelles je porte un véritable intérêt. En effet, les expériences et les compétences de l'infirmière influencent inévitablement les prises en soin mais l'idée que la personne soignée est un être singulier qu'il faut accompagner sur son chemin ne doit jamais être oublié. La réalisation de ce travail me permet d'avoir davantage de clés pour aborder de nombreuses situations de soins car je pense que les acquis de ce travail peuvent être appliqués au delà de la pédopsychiatrie. En effet, je pense qu'il existe beaucoup de compétences et de qualités dont peuvent se saisir les soignants et les expériences professionnelles et personnelles l'accompagnent tout au long de sa carrière. L'accompagnement de la personne soignée et l'idée de la placer au centre de toute prise en soin, semble être la clé d'une pratique de qualité.

Il m'a paru très formateur de travailler sur ce sujet, tout d'abord, car c'est celui que j'ai choisi et qui m'a porté durant cette année de formation. Je pense aussi que ce travail m'a permis de devenir plus rigoureuse dans mes recherches et dans mes écrits. De plus, cette thématique m'a permis d'approfondir mes perspectives professionnelles. En effet, mon projet professionnel est d'exercer en santé mentale et plus précisément en psychiatrie infanto-juvénile.

C'est un projet qui a continué de se préciser. Il semble que ce soit un secteur qui m'épanouirait énormément et dans lequel je me projette aisément en tant qu'infirmière.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Ouvrages

Allport, G. (1935) cité par Formarier, M et Jovic, L. (2012) *Les concepts en sciences infirmières* (éd. ARSI)

Anzieu, D. et Martin, J-Y. (2007). *La dynamique des groupes restreints Communication* (éd. PUF)

Aubard, I., Digonnet, E. et Leyreloup, A-M. (2007). *Ateliers en psychiatrie*

Bioy, A., Bourgeois, F. et Negre, I. (2013) *Communication soignant-soigné : Repères et pratiques* (éd. Bréal)

Blouin, M. et Bergeron, C. cité par Bioy, A., Bourgeois, F. et Negre, I. (2013) *Communication soignant-soigné : Repères et pratiques* (éd. Bréal)

Bowlby, J. (1969) cité par Marcelli, D. et Cohen, D. (2016). *Enfance et psychopathologie* (éd. Elsevier Masson)

Guerrin, B. cité par Formarier, M et Jovic, L. (2012) *Les concepts en sciences infirmières* (éd. ARSI)

Hesbeen, W. (2002). *La qualité du soin infirmier, penser et agir dans une perspective soignante* (éd. Masson 2^{ème} édition)

Hesbeen, W. (1997). *Prendre soin à l'hôpital : inscrire le soin infirmier dans une perspective soignante* (éd. Masson)

Manoukian, A. (2008). *Relation soignant soigné, La relation soignant-soigné* (éd. Lamarre 3^{ème} édition)

Manoukian, A. et Masseboeuf, A. (2001). *La relation soignant-soigné* (éd. Lamarre)

Marcelli, D. et Cohen, D. (2016). *Enfance et psychopathologie* (éd. Elsevier Masson)

Merkling, J. (2014). *Le soin en santé mentale : fondements d'une attitude soignante et situations cliniques* (éd. 1re édition)

Montagner, H. (2012) *L'enfant et la communication : comment gestes, attitudes et vocalisations deviennent des messages* (éd. DUNOD)

Lacombe, M., Pradel, J-L. et Raynaud, J-J. (2009). *Dictionnaire médical à l'usage des IDE* (éd. Lamarre)

Lebovici, S., Diatkine, R. et Soule, M. (2004) *Nouveau Traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent* (éd. Presses Universitaires de France)

Potier, M. (2000) *Dictionnaire encyclopédique des soins infirmiers* (éd. Lamarre)

Rogers, C. (1971) *La relation d'aide et la psychothérapie* (éd. ESF Tome 1)

Thorpe, W. (1972). *Processus de ritualisation in Non-verbal Communication* (Hinde, R-A., trad.) (chap. L'importance des processus de ritualisation)

Articles

Nezelof, S., Martin, E. et Vulliez, L. (2011). *Enfants et familles en souffrance : tensions éthiques en pédopsychiatrie*, L'information psychiatrique, p 567 à 572

Tourmen, C. (2007). *Activité, tâche, poste, métier, profession : quelques pistes de clarification et de réflexion* Santé Publique, hs/2007 (Vol. 19), p. 15-20.

Wittorski, R. (2008). *La professionnalisation*, Savoirs, 2/2008 (n° 17), p. 9-36.

Reuves

Cadolle, S. (2016, octobre). La famille : l'autorité des parents ? *Le journal des professionnels de l'enfance*, n°102

Hirn, F. (2017, janvier/février). La socialisation de l'enfant. *Le journal des professionnels de l'enfance*, n°104

Sites internet

Les attitudes de Porter. Récupéré en janvier du site Ergopsy :
<http://www.ergopsy.com/les-attitudes-selon-porter-a521.html>

Le code de déontologie des infirmiers : Décret n° 2016-1605 du 25 novembre 2016.
Récupéré du site Legifrance, service public de la diffusion du droit :
<https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2016/11/25/AFSH1617652D/jo>

Le code de la santé publique. Récupéré en février du site Legifrance, service public de la diffusion du droit :
https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do;jsessionid=832C2CE2118326AD87A8653B19483C09.tpdila13v_3?idSectionTA=LEGISCTA000006190610&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20170404

Autisme et autres troubles envahissant du développement (TED). Récupéré en février du site de La Haute Autorité de santé (HAS) : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/r_1501360/fr/autisme-et-autres-troubles-envahissants-du-developpement-ted

Naissance de la pédopsychiatrie, de la prétention de Pinel aux interrogations d'Itard selon Gineste, T. Récupéré en février du site de l'Université de Caen :

https://www.unicaen.fr/puc/images/28psychiatries_histoire.pdf

Références complémentaires

Le Boterf, G. (1994) *De la compétence : essai sur un attracteur étrange* (Les Editions d'Organisation, document PDF)

Pérouze, C. (2016) *Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent* (UE 2.6 S5 Processus psychopathologique)

Chevalier, A. (2015) *Le développement de l'enfant* (UE 1.1 S1 Psychologie, sociologie, anthropologie)

Recueil des principaux textes : Profession infirmier (chap. Annexe II de l'arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'état d'infirmier)

ANNEXES

GRILLE D'ENTRETIEN

1) Explication du travail de fin d'études

Choix d'une situation d'appel, questionnement professionnel, jusqu'à la phase de recherche, cadre théorique, cadre empirique, processus de problématisation, ouverture sur une hypothèse de recherche.

2) Énoncer la question initiale

« En quoi les expériences et les compétences de l'infirmière en pédopsychiatrie influencent sur le prendre soin du jeune enfant (3-6ans) ayant des troubles de la communication ? »

3) Énoncer les objectifs des entretiens

Recueillir le vécu des soignants, vérifier mon hypothèse ou non et confronter les réponses entre mon cadre théorique et les réponses des professionnels.

Aborder le contrat de communication et le respect de l'anonymat

4) Présentation du professionnel

THÈMES	SOUS-THÈMES	QUESTIONNEMENT
<p>L'enfant en pédopsychiatrie</p>	<p>Les pathologies de l'enfant</p>	<p>- Quelles sont les pathologies/troubles que vous rencontrez dans le service?</p> <p><i>Relance : De quels troubles souffrent les enfants que vous prenez en charge quotidiennement ? (Troubles envahissant du développement, mutisme, hyperactivité, rupture dans la scolarité..)</i></p> <p>- Quelles sont les caractéristiques des enfants pris en charge dans votre service ? (Âge, scolarisation, durée de prise en charge en pédopsychiatrie...)</p> <p><i>Relance : points communs/différences</i></p>
	<p>Le soin en pédopsychiatrie</p>	<p>- Selon vous, qu'est-ce que le soin en pédopsychiatrie ?</p> <p><i>Relance : Qu'est-ce qui qualifie le sens du soin ?</i></p> <p>- Concrètement, quels types de soins réalisez-vous avec les enfants ?</p>

ANNEXE II : PRÉSENTATION DES PROFESSIONNELS RENCONTRÉS

	IDE N°1	IDE N°2	IDE N°3
Date et lieu de l'entretien	Le 24/03/2017 Centre Médico-Psychologique et hôpital de jour	Le 24/03/2017 Centre Médico-Psychologique et hôpital de jour	Le 27/03/2017 Centre psychothérapeutique pour enfants
Age et genre	Femme Âge non renseigné	Femme Âge non renseigné	Femme Âge non renseigné
Année de diplôme	2001 (16 ans)	2009 (8ans)	1993 (24 ans)
Trajectoire professionnelle	- IFSI - Pédopsychiatrie - Psychiatrie adulte - À ce jour pédopsychiatrie	- IFSI - Intra hospitalier psychiatrie adulte - Remplacement en pédopsychiatrie - Psychiatrie adulte - À ce jour pédopsychiatrie	- IFSI - Pédopsychiatrie - À ce jour Pédopsychiatrie
Formation ou spécialisation	Formations spécifiques dans le service	Formations spécifiques dans le service	- Infirmière de secteur psychiatrique - Formations spécifiques dans le service
Expériences poste actuel	Environ 7 ans	Environ 6/7 ans	Environ 10 ans
Statut : public, privé, titulaire, contractuel...	Etablissement public Statut : titulaire	Etablissement public Statut : titulaire	Etablissement public Statut : titulaire

ANNEXE III : RETRANSCRIPTION ENTRETIEN IDE N°1

Moi : Je peux t'expliquer un peu le mémoire, ce que l'on fait.

IDE : Oui vas-y !

Moi : En fait, on commence sur une situation d'appel que l'on a vécu en stage, donc j'ai choisi une situation que j'ai vécu en stage et à partir de cela on pose un questionnement professionnel sur justement cette situation, ce qui nous a posé problème, ou pas. Je me suis demandé si j'avais bien fait et justement comment on aurait pu faire autrement et comment on pouvait faire quand la communication était rompue, quand on n'a pas de communication. À partir de ça on fait tout un tas de recherches puis on rencontre des professionnels et on met en lien tout cela, avec ce qu'on nous dit sur le terrain et de là on débouche sur une vraie question de recherche, mais nous on fait seulement la première phase de la recherche. Je te relis ma question préliminaire : « En quoi les compétences et les expériences infirmières en pédopsychiatrie influencent sur le prendre soin du jeune enfant ayant des troubles de la communication », et en fait les entretiens permettent d'avoir le vécu des soignants.

IDE : D'accord.

Moi : Pour commencer, peux-tu te présenter et présenter ton parcours professionnel un petit peu ?

IDE : Alors, X, infirmière diplômée de 2001 et en fait j'ai toujours travaillé en psychiatrie. Alors d'abord en pédopsychiatrie au début pendant 6 ans mais c'était un hôpital de jour qui fonctionnait absolument pas comme ici, c'était du temps plein, alors c'est-à-dire que les enfants on les avait du lundi au vendredi toute la journée, c'était vraiment avec repas thérapeutique, c'était comme presque un foyer j'ai envie de dire, sauf qu'ils rentraient chez eux le soir donc c'était vraiment une autre approche... Une autre approche, un autre travail. Et après, je suis arrivée dans la région et j'ai fais 3 ans et demi de psychiatrie adulte en hôpital de jour aussi et ensuite j'ai été muté ici, voilà.

Moi : D'accord, du coup j'ai divisé ma grille d'entretien en trois parties, je commence par l'enfant en pédopsychiatrie, ensuite la communication et les soins relationnels et les compétences et les expériences infirmières. Alors, pour commencer, quels sont les pathologies/troubles que tu rencontres ici ?

IDE : Alors, je viens de faire une formation, tu sais sur l'ADOS, c'est le matériel que l'on utilise pour tester les enfants peut-être que l'on peut diagnostiquer autistes. Et en fait, les dernières recommandations maintenant c'est de, tu sais avant on avait des grands groupes : psychoses, névroses tout ça et maintenant bon, on efface un peu tout ça, après on est passé aux troubles envahissants du développement et puis maintenant on se dit, tiens, c'est plus ça et on va les appeler les troubles du spectre autistique. Donc, si on les appelle comme ça, alors ici on peut dire qu'il n'y a que ça presque. Après voilà, nous on a notre jargon à nous, moi je ne trouve pas que tous les enfants ont des troubles du spectre autistique, on a des enfants que nous on garde en tête, on se dit qu'il est psychotique mais c'est notre jargon à nous parce que normalement on a plus le droit de les appeler comme ça mais parce que pour nous il a des troubles envahissants de la pensée, on a ce type d'enfants là avec qui on a même pas le même vocabulaire, de base on parle même pas la même langue, donc là c'est vraiment des enfants très déstructurés, on en a quelques uns. On a des enfants mutiques, quoi que, cette année on n'en a pas trop. On a des enfants autistes, alors en tout cas avec des troubles du spectre autistique. Ici, on n'a pas encore le matériel pour pouvoir les diagnostiquer donc on peut pas vraiment mettre d'étiquettes, puisqu'on ne peut pas poser de diagnostic en tout cas au sein de notre unité. On commence à être formé là, tu vois on sort de formation. Qu'est-ce qu'on a d'autre comme enfants...

Moi : Des enfants précoces peut-être ?

IDE : Ouais, alors, en hôpital de jour pas trop, c'est plus les groupes CMP, oui les enfants précoces mais qui ont quand même développé des troubles du comportement associés. Les enfants qui ont des phobies scolaires mais là c'est plus les groupes pédagogiques. Voilà... Parce qu'en fait, ici ils viennent pour des gros troubles du comportement, de la relation sociale, la relation aux autres. S'ils en viennent à être hospitalisé ici c'est que quelque part ça ne marche pas comme tous le monde.

Moi : D'accord, du coup, quelles sont les caractéristiques des enfants pris en charge dans le service, là je parle plus, de l'âge, est-ce qu'ils sont scolarisés, le temps de suivi en pédopsychiatrie ... ?

IDE : Alors ici, ils sont tous scolarisés de toute façon, c'est obligatoire. Il y en a quelques uns qui sont dans des CLISS, qui viennent quand même, ici, en soins. Ils viennent une à deux fois par semaine, ça dépend du projet. L'âge, cette année le plus jeune doit avoir 4 ans et le plus vieux doit avoir 12 ans je crois.

Moi : Et la prise en charge ici est longue parfois ?

IDE : Oui, ça peut varier. En fait, ça dépend de plein de choses, ça dépend des parents. Mais oui, on a un enfant qui est arrivé ici à 4 ans et là il en a 9 et on pense qu'il a encore besoin d'étayage pour continuer à être bien, parce que finalement la scolarité ça suit son cours bon an mal an, même si pour le coup lui, c'est vraiment un enfant autiste. Voilà, ici, le truc c'est que c'est vraiment au cas par cas, on s'adapte.

Moi : D'accord. Selon toi, qu'est-ce que le soin en pédopsychiatrie ?

IDE : Alors, c'est ce que je te disais tout à l'heure, c'est vraiment accueillir l'enfant dans sa globalité, on ne s'occupe pas que du psychisme ici, on s'occupe du corps, tout ce qu'il y a autour du coup, des parents, de la famille, c'est ce qui est parfois un peu lourd finalement à gérer, parce qu'on s'occupe pas uniquement que du petit patient quoi, fin on s'occupe même parfois de la fratrie. Donc voilà, les relations scolaires, donc c'est très complet. Et puis, on s'occupe surtout de la souffrance, c'est ça que l'on accueille en premier, l'angoisse, la souffrance de l'enfant.

Moi : D'accord, et concrètement, quels soins vous faites avec les enfants, les activités de soin ?

IDE : Bah on appelle ça des médiations thérapeutiques. Elles sont de tout type, elles sont réfléchies par contre en équipe, on ne choisit pas comme ça une médiation. Vraiment c'est réfléchi c'est pas n'importe quel enfant qui pourra aller faire un atelier pataugeoire, c'est pas n'importe quel enfant qui pourra faire un groupe d'expression, fin c'est vraiment au cas par cas c'est pour ça que parfois on essaye même de faire des groupes d'enfants où on réfléchit d'abord à la médiation finalement pour pouvoir faire ce groupe là, parce que tel ou tel enfant on aimerait bien qu'il s'exprime plus davantage parce qu'il a un bon niveau de langage, on va pas le mettre avec un enfant mutique donc voilà on essaye, on fait comme on peut mais on essaye en tout cas d'être à peu près cohérent quand on fait les groupes pour penser une médiation avec les 4 enfants qui sont dans le groupe. Après on a tout type de médiation, le conte, la terre, pâte à modeler, lego, tout ce qui passe par plus ou moins le jeu, la mise en scène, le drame, on peut même inventer plein de chose finalement, tout dépend du groupe, de comment ça se passe, comment ils arrivent à être en groupe. Là récemment, on a des collègues qui ont fait un groupe jardinage parce que c'était des tout petits et que c'était difficile et du coup il a fallu aller sur l'extérieur et là c'était bon, dehors, en dehors des murs, ok, c'était parti. Mais il a fallu inventer finalement encore une médiation. Parfois on invente complètement, dans le but de toute les façon toujours de pouvoir être ensemble, de vraiment créer une cohésion de groupe, un travail groupale. Parce que la principale difficulté des enfants qui viennent ici, c'est vraiment d'être avec les autres. En général, c'est des enfants qui n'ont pas beaucoup d'amis à l'école, qui sont un peu exclus, enfin c'est une généralité, pas tous mais quand même qui ont tellement de bizarreries au yeux des autres que le groupe c'est compliqué. Ici, on fait des tests à 4 et après on essaye de faire un travail commun pour revaloriser un peu le fait qu'ils puissent être ensemble

Moi : Ça marche, du coup je vais passer à la communication, plus les troubles de la communication et le soin relationnel. Quels sont les différents troubles de la communication que vous rencontrez dans le service et comment ça se manifeste ?

IDE : Alors on a des enfants qui parlent très mal, qui n'ont pas du tout le langage ou qui ont leur jargon à eux, qui ont leur jargon mère-enfant ou parent-enfant et quand ils sont confrontés à l'extérieur, personne ne les comprend. Là je te parle pas d'enfant qui ont moins de trois ans parce que moins de trois ans, il y a des enfants qui parlent pas très bien c'est pas très grave, au delà de trois ans c'est quand même embêtant de pas se faire du tout comprendre. Donc voilà, on a des enfants qui ont un langage incompréhensible vraiment, des enfants qui sont mutiques, après on a aussi des enfants qui, à l'opposé, ont développé énormément le langage mais presque trop en fait. On a un enfant qui te définit tous les mots, ça fait partie de sa pathologie aussi mais presque trop quoi, ça cache aussi autre chose.

Moi : Oui, des enfants qui sont logorrhéique aussi parfois.

IDE : Voilà, c'est ça, qui se plongent un peu là dedans pour cacher l'angoisse.

Moi : Oui, et du coup comment vous faites pour créer une relation thérapeutique avec ces enfants ?

IDE : Là, je pense à une enfant, c'est quand même difficile, pour les enfants mutique, alors moi je suis pas du tout formée sur le mutisme donc je suis pas très douée sur ce sujet là, en fait tu es obligé de te baser sur les expressions de visage, sur les comportements de pleurs, les replis etc. Voilà, tu te bases sur autre chose de toute façon que les mots. Sur les yeux.. C'est compliqué de rentrer en relation avec des enfants qui ne parlent pas du tout, parce que après la relation elle est un peu à sens unique. Même si parfois quand même le mutisme, de ce que j'en ai vu, enfin moi j'en ai rencontré que deux ou trois enfants mutiques, vraiment des vrais mutismes dans ma carrière, tu vois quand même que c'est une défense quand même, c'est un peu dans le dur, mais c'est pas simple, il faut vachement de patience déjà, et puis faut essayer de faire autrement que ce qu'il peuvent connaître à l'extérieur en fait c'est ça qui est parfois pas facile, c'est de ne pas faire comme pourrait faire ses parents, ou n'importe, essayer de trouver une autre approche mais ça c'est un vrai travail d'équipe pluridisciplinaire pour essayer de comprendre et savoir comment on peut faire autrement quoi, pour entrer en relation avec cet enfant là mais c'est pas simple.

Moi : Oui et puis même peut être le climat de confiance par rapport au début de la prise en charge et après comment ça évolue

IDE : Oui, et encore moi je trouve, en tout cas, pour le mutisme, que même au bout d'un an parfois on voit pas tellement de résultats flagrant quoi, après je connais pas très bien encore cette maladie là, ces symptômes. Pour les troubles du langage pour les enfants qui ont leur langage à eux etc., parfois ça va assez vite finalement, avec un peu d'expérience, avec un peu de recul, quand ils sont au contact d'une personne qui les comprend, enfin des fois on comprend rien, on est obligé de les faire répéter, on est obligé de décortiquer les mots, on est obligé de tout reprendre à zéro et surtout ici on prend vraiment le temps de le faire. Autant à l'école, je comprends que la maîtresse avec 30 élèves, bah y a un enfant qui parle pas bien bah tant pis pour lui, il se fait pas comprendre bon voilà, nous ici vraiment on prend le temps de comprendre parce que mine de rien bah quand il n'y a pas les mots c'est difficile d'être avec les autres, ils sont dans leur monde. Je trouve que finalement ça va assez vite d'instaurer une communication a peu près bonne, en tout cas suffisamment bonne pour pouvoir ensuite se faire comprendre des autres. Alors après ce sont souvent des enfants jeunes, des enfants qui sont arrivés ici à 4 ans, bon bah du coup la première année, la deuxième année de prise en charge ici, tout de suite c'est le langage qui prend vite donc ça c'est plutôt pas mal. Je pense a un enfant, sur un des groupes, cette année vraiment le langage il a fait un bon de géant, on ne comprenait rien l'année dernière. Encore l'année dernière moi qui ne l'ai jamais eu sur un groupe, on comprenait vraiment rien, il avait son langage à lui il y avait que sa maman qui le comprenait et bah, cette année, il fait des phrases même, bon après il est dans son monde ça n'empêche pas mais il se fait comprendre. Donc mine de rien quand tu te fais comprendre, je pense que pour un enfant, ça apaise, ça fait tomber l'angoisse, l'excitation. D'ailleurs ici, on passe notre temps à leur dire « mets des mots », on met des mots, quand un enfant s'excite, alors attend « pourquoi tu t'excites, ton corps il parle là mais pourquoi ? » on y met des mots ça c'est sur qu'ici on fait hyper attention, à ça quoi. Et les logorrhées, oui, ça ça cache beaucoup d'angoisses, les enfants qui comblent qui comblent qui comblent, qui comblent le vide comme ça, c'est qu'ils ne supportent pas le « rien » mais en même temps certainement qu'à l'intérieur d'eux, enfin dans leur façon de fonctionner, tout s'écroule quand il y a du blanc, du vide, quand plus personne ne parle, quand il n'y a pas de bruit, on voit bien c'est des enfants qui ne dorment pas la nuit, ils sont toujours en mouvement, qui s'entourent de bruits pour se rassurer, ça c'est assez long quand même je trouve, les enfants comme ça qui s'entourent de bruits, c'est assez long finalement pour les apaiser. Après c'est des enfants qu'il faut rassurer en permanence, ça dépend de chaque enfant en fait.

Moi : Est-ce que tu peux me relater une situation que tu as vécu avec un enfant qui a des troubles de la communication, qui sont visibles ?

IDE : Oui, S. c'est un enfant qui se retranche derrière ses connaissances, alors c'est certain qu'il connaît pleins de choses, moi il m'a appris pleins de choses, concrètement, lui il s'intéresse à tout forcément mais en fait lui clairement c'est pour pas parler de lui quoi, il va te définir tout c'est a dire qu'un enfant va parler de n'importe, d'un cloporte, d'un truc, d'un moustique, il va te définir le mot, combien il y a de variétés, mais

bon il se réfugie derrière ça pour éviter de parler de lui donc le vrai travail là, alors quand il arrive à l'hôpital de jour, il a toujours un objet transitionnel, donc il va nous définir cet objet, parce qu'on lui demande maintenant de nous en parler avant de nous le montrer, il va nous le définir donc ça très très bien, mais du coup après on passe par cet objet pour lui demander « oui mais alors qui te l'a acheté ? » donc déjà de parler un petit peu plus de lui, « est-ce que ça te fait plaisir de l'avoir ? Est-ce que ça te rend heureux ? » voilà essayer de parler un peu de lui, de ses ressentis, de ses sentiments, ses émotions. Et en plus nous on se permet, ici, peut-être qu'à l'extérieur les maitresses n'osent peut-être pas mais nous on se permet vraiment de leur dire, vraiment « Là, on voit bien que ça t'envahit, que tu penses à trop de choses, que tu as trop de mots dans ta tête, et du coup ça t'excite, donc on va te demander d'arrêter de parler parce que vraiment on voit bien que ça ne t'aides pas » et on se permet de leur dire des choses comme ça, et en général, bon en fait ça ne dure pas très longtemps, mais en général ils entendent quand même, je trouve qu'ils sont assez à l'écoute de ce genre de réflexions, ça doit leur parler quelque part. Alors après ça redémarre au quart de tour dix minutes après, mais voilà on se permet de leur dire les choses vraiment. Mais bon ça cache pas mal de choses la logorrhée, beaucoup d'angoisses surtout, de l'insécurité.

Moi : D'accord, alors tu m'as déjà répondu un peu, alors comment vous faites pour rentrer en communication avec ces enfants ? Je suppose par les médiations..?

IDE : Oui, vraiment pas les médiations et après si on voit que ça passe pas, le corps aussi c'est pas mal, faire autrement, même parfois on est pas obligé de passer par la parole, on peut faire des médiations où il n'y a pas de parole. Moi ça m'est déjà arrivé de faire des médiations, qu'est-ce que j'ai pu faire, une année on faisait des cabanes mais juste pour nous en fait, certains c'était le fait de construire quelque chose et puis j'étais avec des plus grands, il y avait vraiment un enfant mutique donc c'était difficile de rentrer en relation avec lui autour d'un jeu, même un jeu de société, je veux dire, il se laissait perdre, fin c'était compliqué quoi, c'était pas grave pour lui s'il perdait, tant qu'il n'ouvrait pas la bouche ça lui convenait donc avec ma collègue on s'était dit bon qu'est-ce qu'on fait pour au moins qu'il soit physiquement avec nous. Il peut pas sortir un mot très bien, et mine de rien on avait fait des cabanes à l'époque dans une grande pièce, et avec des draps et plein de choses et bien n'empêche qu'il s'y mettait c'est à dire que sans mot on arrivait quand même à pouvoir construire quelque chose ensemble, bon après c'est des enfants qui malheureusement se renferment un peu dans leur bulle alors il avait fait sa cabane mais après il était à l'intérieur donc c'était à nous d'aller le chercher mais au moins il était présent avec nous. C'est-à-dire qu'il faut y aller mollo car c'est des enfants qui sont vite intrusé, après il faut vraiment réfléchir longtemps aux médiations qu'on met en place. Parfois on se plante, on essaye pendant un mois une médiation on voit que ça ne prend pas du tout que c'est nul, enfin c'est pas que c'est nul, on a essayé et puis ça n'a pas marché tout simplement. Donc on réévalue on change, moi ça m'est arrivé des années entières où tous les deux mois, tous les trois mois on changeait, parce qu'on se rendait compte que ça n'avancait à rien, qu'on essayait de mettre en place quelque chose pis ça tenait pas et donc c'est pas très soignant finalement, s'ils viennent ici pour pas avancer dans leur problématique, à ce moment là autant qu'ils aillent au centre de loisir. Tu vois S, notamment, nous, cette année on fait vraiment un travail, parce que tous le groupe en a besoin, sur les expressions de la langue française, parce que c'est des enfants qui ont besoin. S. a un langage hyper riche comme ça mais par contre il n'y met pas vraiment de sens derrière donc il connaît plein de choses mais tu te rends compte que c'est un peu à côté de la plaque, il utilise des mots mais ce n'est pas vraiment exactement le bon mot tu vois, donc cette année on s'est dit « bah là il faut travailler sur le sens des mots », bon c'est le groupe entier qui en avait besoin, donc on travaille sur « poser un lapin » « faire le coq » fin des choses comme ça mais ça marche assez bien du coup, parce que avoir la même base commune de compréhension mine de rien sur un groupe voilà, on a un enfant qui est très autiste sur ce groupe là, donc c'est bien de pouvoir communiquer et de se comprendre, parce que un mot peut en entraîner un autre en fait dans chacun de leur esprit et au final à la fin de la conversation on se rend compte que chacun ils ont compris quelque chose de différent, et donc là on s'entend plus, ça part dans tous les sens. La communication c'est vraiment notre gros point ici, vraiment se comprendre, et souvent ça peut être compliqué. Surtout avec les enfants que nous on appelle « psychotique » où vraiment tu te rends compte qu'on a pas le même, on a l'impression de même pas parler français avec eux, on dit qu'on parle du mâle et de la femelle, lui il va penser au mal le mal quoi, le mauvais, le pas bon, et du coup lui il part sur du mauvais alors que nous on est en train de parler des animaux tu vois et après impossible de se rejoindre, tu vois, la communication c'est vraiment un gros chapitre. Parce que pour se rejoindre, il faut parler, c'est vrai qu'on passe beaucoup de temps à parler, à mettre en mot, à mettre en mot, à mettre en mot, à mettre en mot, tous le temps, tous le temps, tous le temps, à se faire comprendre, à redire. De toute façon ici c'est très ritualisé, c'est toujours la même chose, c'est vrai que l'on ritualise mais pas pour rien c'est pas parce qu'on le veut, nous parfois on aimerait bien un peu changer le rythme mais parce qu'on a besoin de ça, ils ont besoin de ça. Ils ont besoin de ça pour calmer un peu les pensées, s'apaiser, souffler, ça va vite dans les écoles, dans les

classes donc il y a du bruit, c'est normal il y a des allées et venues, des enfants qui se lèvent tout ça, pour des enfants qui ont besoin, qui ont déjà trop de mots, trop de choses dans leur têtes, ça doit être horrible pour eux. Donc ici, c'est vrai que c'est bien les groupes de 4 parce que on diminue le rythme, on va plus lentement, on prend le temps vraiment, je le répète mais on prend le temps alors c'est vrai que du coup les soins sont plus long, forcément, c'est pas comme quand tu guéris je sais pas quoi d'une maladie, en une semaine c'est fini. Non ici, les soins psychiques c'est de toute façon beaucoup plus long. Tu rentres ici, tu ne sais pas quand tu en ressorts presque, ça on ne le dit pas trop aux parents, mais malheureusement c'est long. Après il y a des enfants qui font des vrais progrès et la vraiment pour nous c'est super, ça nous fait du bien, parce qu'il faut savoir qu'en psychiatrie vraiment les soins sont longs, parfois on baisse un peu les bras d'ailleurs parce qu'on se dit « oh lala il n'avance pas beaucoup voire même il régresse », bon, mais parfois régresser c'est pour mieux avancer après, mais c'est ce qu'il y a souvent un peu dur quoi. On arrive en fin d'année, c'est ce que je disais à une collègue l'autre jour, au quotidien je trouve que quand tu termines ta journée, t'as pas l'impression que l'enfant a fait un progrès phénoménal mais bon c'est sur que c'est l'intérêt de faire des synthèses, tous les 4/5 mois, c'est que là tu te dis que « ah bah si en fait, là il a fait un progrès par rapport à il y a 6 mois » mais il faut prendre du recul, c'est long, c'est souvent long.

Moi : D'accord, bon je vais finir sur les compétences et les expériences infirmières. D'après toi, quelles compétences professionnelles et/ou personnelles vous avez besoin et vous utilisez en pédopsychiatrie ?

IDE : Alors, ce qu'il y a de sûr c'est qu'il faut se former, toute sa carrière il faut se former, à plein de choses, parce que tu vois il y a plein de choses, moi je te parlais du mutisme, j'aimerais bien être formée au mutisme. Les enfants précoces on en a parlé l'autre jour en réunion théorique mais aussi j'aimerais bien être formée aux enfants précoces. Parce qu'en fait ça évolue tous le temps. La précocité, moi quand j'ai commencé ma carrière il y a 15ans, on parlait pas d'enfant précoce, on parlait des QI, mais la précocité c'était inconnu en fait ça date que d'il y a ¾ ans, 5 ans peut-être, quand on a commencé à se dire « Mais qu'est ce qu'il se passe avec les enfants précoces ? Pourquoi on les appelle comme ça ? » En fait, il faut vraiment se former pour pouvoir ensuite se réajuster par rapport aux enfants qu'on côtoie au quotidien, on peut pas tout savoir on peut pas tout connaître. L'autisme c'est pareil ça évolue tellement, il y a tellement de courants de pensées, et puis concrètement on voit bien qu'il y a des trucs qui marchent bien, des trucs qui marchent moins bien, les pictogrammes, ça été de nous-même en fait, la photo ça marche hyper bien pour les enfants qui ne sont pas repérés dans l'espace tout ça, après de nous même c'est vrai intuitivement on se rend compte qu'il y a des choses qui marchent hyper bien, des choses qui marchent moins bien. Donc professionnellement c'est vrai qu'il faut se former, qu'il faut continuer à étudier. Nous on fait des réunions théoriques ici, on essaye de s'y tenir, mais c'est pas toujours simple mais n'empêche c'est super intéressant, parce qu'on a besoin de revenir un peu aux textes, à ce qui a été étudié, à ce que font les autres pour pouvoir réajuster un peu notre façon de faire, ça c'est super important, mais c'est pas donné à tous les professionnels, c'est dommage. C'est pour ça aussi qu'il y a des professionnels qui s'usent, parce que quand tu n'as pas la possibilité de te remettre en question, d'aller voir ailleurs comment ça se passe etc. Bah oui, tu t'uses, tu t'uses vraiment. Et personnellement...

Moi : Et des qualités, par exemple ?

IDE : Je ne sais pas s'il y a des qualités mais moi ce que j'ai appris en 15 ans, alors déjà la patience, ça a l'air drôle comme ça mais, je suis beaucoup plus patiente avec les enfants ici qu'avec les miens, avec mes propres enfants à moi. Mais parce que c'est des enfants qui sont en grande souffrance et qu'on ne veut surtout pas répéter ce qui souffre déjà à l'extérieur donc ici c'est une petite bulle en fait, c'est pas grand chose dans leur semaine, ils viennent une fois ou deux fois grand maximum, 2h, fin, donc si ça peut leur permettre cette petite bulle d'être eux-mêmes et qu'ils se fassent pas à chaque fois rembarrer. C'est sur qu'on est beaucoup plus à l'écoute, on prend le temps de réfléchir à comment cet enfant fonctionne, pour l'aider au mieux, pour qu'il arrive à mieux se livrer, à être plus à l'aise. On essaye mais parfois on est usé aussi, mais on essaye de garder les mêmes enfants d'une année sur l'autre, on essaye je dis bien, parce que pour l'enfant ça évite les changements, on redémarre pas à zéro, alors parfois ça fait du bien de quitter un enfant parce que voilà on arrive à saturation aussi de certains, donc ça fait du bien aussi pour tous le monde même pour l'enfant, mais pour d'autre d'avoir les mêmes repères, les mêmes personnes, les mêmes adultes, ça les rassure. Et quand ils sont dans un climat de confiance bah ça va mieux quoi, donc parfois comme ça peut être très long d'être dans un climat de confiance pour certains enfants bah on évite les changements mais personnellement bah ouais, l'écoute quoi, l'écoute, beaucoup d'écoute, et puis on est vachement attentif à « bah là il s'agite, qu'est-ce

que ça veut dire quoi ? » on fait beaucoup plus de lien avec le corps, comme on a pas toujours les mots, ce que ça veut dire s'il s'agit, il se met à pleurer sans raison, qu'est-ce que ça veut dire, on prend le temps de comprendre un peu. En fait, c'est tous les jours qu'on apprend, moi je m'en rend compte, tous les jours tu apprends, tu te réajuste en permanence quoi. « Pourquoi cet enfant là il veut un massage maintenant alors que c'est pas du tout l'heure du massage ? Pourquoi cet enfant là il va parler de quelque chose de dramatique qu'il s'est passé chez lui alors qu'on est dehors et que c n'est pas du tout le temps pour faire ça ? » Tous le temps on est en train de se questionner « Qu'est-ce que ça veut dire ? » Comment on peut se réajuster ? Qu'est ce qu'il faut faire ? Après c'est une gymnastique psychiquement parfois on n'est pas disponible. Après on fait avec ce que l'on est. Fin voilà, moi je vois bien le vendredi je suis beaucoup moins disponible que le lundi, la veille de vacances je suis beaucoup moins, fin voilà, on est tous humains mais en même temps les enfants eux aussi chez eux, ils ont à faire aussi avec comment sont leurs parents et voilà. Ce qui est important, moi je trouve, c'est qu'on est ensemble, on est un binôme soignant et mine de rien c'est hyper important, d'être en binôme parce que justement les moments où on n'est pas disponible psychiquement parce que cet enfant là, il nous envahit de mots, de mots, de mots et là ce jour là bah voilà on est fatigué, on a mal dormi ou je n'en sais rien. Et bien heureusement qu'il y a la binôme qui elle va mieux et qui peut prendre le relais et ça c'est pour ça que on le fait pas souvent, on essaye de le faire le moins possible d'ailleurs mais parfois on est obligé d'annuler des groupes parce qu'on ne se sent pas psychiquement de tenir un groupe qui vient en soin ici, c'est-à-dire que oui on pourrait les occuper, on peut faire de l'occupationnel, ça aucun problème. Tu sors des jeux ici, ça ils peuvent s'occuper pendant deux heures aucun problème, mais c'est pas soignant quoi, c'est nul donc c'est vrai qu'on prend parti que quand on peut pas faire le groupe seul, il y a des groupes qu'on peut faire plus facilement seul parce-que ce sont des enfants moins agités etc. Mais on préfère annuler parce qu'on se dit que ce n'est pas thérapeutique. Donc on s'appuie, on s'entraide quand même ce qui est hyper important c'est quand même l'équipe ici. C'est sur qu'il faut quand même une bonne cohésion. Il faut quand même bien s'entendre. Et personnellement, je ne sais pas s'il faut des qualités plus qu'une autre, j'en sais rien, certainement, je n'en sais rien. Je pense que tous le monde peut être à même de travailler en pédopsychiatrie après ça s'apprend sur le tas. Moi j'ai fais comme tous le monde je sortais d'école d'infirmière, pas d'école de psy ça n'existait plus déjà, j'ai appris comme tous le monde, sur le tas, c'est sûr que je ne fais plus la même chose là maintenant qu'il y a 15 ans, je fais absolument plus le même travail, mais parce que voilà, tu te réajustes, tu apprends tous le jours, c'est ça qui est intéressant.

Moi : Et est-ce que tu penses qu'il y a des attitudes soignantes qui sont facilitantes ou au contraire bloquantes ?

IDE : Bah en fait oui. C'est sûr que quand t'es énervé, que tu pars au quart de tour, que tu cries, bon voilà moi je suis la première à parfois faire ça donc c'est comme ça on est des humains mais c'est sur que ça bloque l'enfant. Evidement mais même n'importe quel enfant de la terre, tu lui gueules dessus forcément c'est blocage direct. Après ce qui est important c'est de transformer ça, « Pourquoi cet enfant là il te met sur tes gonds ? » C'est pour ça que c'est intéressant d'avoir des reprises, « Cet enfant là je ne peux plus le voir en peinture » « Ah bah très bien on va bosser dessus parce que ce n'est pas soignant » donc comment on peut faire autrement, qu'est-ce qu'on peut mettre en place, qu'est-ce qui est possible de faire, puis on va parler de cet enfant là et d'ailleurs très étonnamment quand tu parles de cet enfant là en reprise, la séance suivante ça se passe hyper bien parce que finalement tu vois tu as pris du recul tu vois l'enfant autrement, voilà. C'est juste un travail d'équipe quoi, il faut se soutenir, savoir se remettre en question surtout.

Moi : Est-ce que tu penses que tes expériences professionnelles te permettent d'appréhender des situations différemment ?

IDE : Après on est plus à l'aise. Je vois, moi, je préfère largement travailler avec des petits qu'avec des plus grands, pour une simple et bonne raison c'est que je trouve que les petits quand ils arrivent vers 4/5 ans ils sont plus malléable entre guillemets, j'aime pas trop ce mot là parce qu'on ne peut pas dire ça vraiment. On arrive plus vite à des progrès finalement quand ils arrivent tout petits, et je trouve ça vachement plus gratifiant. Un enfant qui arrive déjà à 10/12 ans avec un passif lourd, bah il est déjà bien ancré dans sa pathologie donc c'est beaucoup plus long mais après c'est ma vision des choses, c'est complètement personnelle. Tu demanderas à une collègue, elle préfère largement les plus grands parce qu'ils ont le langage, la communication, parce qu'ils interagissent beaucoup plus facilement entre eux, alors que c'est vrai que, les petits c'est des individualités, donc en général ils se calculent pas du tout entre eux. Voilà, moi ça me dérange moins, mais c'est vraiment au cas par cas. Après il y a plein de domaines effectivement quand t'es pas formé bah t'es moins à l'aise. Clairement, il y a des enfants qui ont eu des troubles alimentaires ici, forts,

bah moi je suis pas du tout formée à ce genre de choses là, donc bah tu fais comme tu peux, tu te renseignes, tu vas lire des bouquins. Mais ce qui serait intéressant c'est de savoir, voilà, exactement ce qu'il en est derrière. C'est sûr qu'il y a des domaines où tu es plus à l'aise et d'autres où t'es moins à l'aise oui, mais après c'est aussi chacun, chacun est différent. Moi on m'a proposé « tu devrais aller travailler avec des adolescents, je te vois bien travailler avec des ados ». Ah mais moi pas du tout, parce qu'il y a une relation de force avec les ados un peu dur, je trouve que c'est pas la même chose que quand tu as un tout petit de 4 ans qui te prend la main, ça pour ça on est toute différente. C'est comme n'importe quelle infirmière d'ailleurs qui préfère travailler dans tel ou tel service finalement parce qu'elle est plus à l'aise et qu'elle le sent plus. Mais je ne sais pas si je réponds vraiment à ta question..?

Moi : Si si tu y réponds mais par exemple, par rapport à ce que tu me disais sur les troubles du comportement alimentaire. Tu n'as pas été formée, mais est-ce que tu penses qu'en ayant pris un enfant en soin ayant ces problèmes là, ça peut t'aider par la suite à en prendre d'autres même sans formation, ou tu pense qu'il faut absolument une formation ?

IDE : Non, il ne faut pas absolument se former mais bon, quand même, c'est bien. Non de toute façon tu ne peux pas être formée sur tout mais quand même qu'est-ce que ça t'apporte ! Alors oui, forcément, comme ça t'as déjà interrogée une fois, oui forcément t'es plus à même d'accueillir un enfant avec ce genre de particularités, parce que tu l'as déjà connu. C'est comme toutes les nouveautés, au début tu te poses des questions t'es un peu désarçonnée, tu sais pas très bien, tu te renseignes à droite à gauche. Il te renvoi des choses. Bon bah c'est sûr que la fois d'après « Ah bah oui je connais » mais le problème c'est que les enfants sont tellement différents dans les troubles alimentaires notamment t'as des enfants qui mangent que du blanc, d'autres que du dur, d'autres que du mou, que de la soupe. C'est tellement différent encore donc c'est sûr que quand t'as déjà connu une situation, oui t'es plus à l'aise la fois d'après et encore est-ce que t'es plus à l'aise je sais pas. Je sais pas c'est dans la durée de toute façon, ça sert aussi à ça les soins réguliers, les venues ici régulières c'est aussi pour nous pas que pour l'enfant. C'est que nous on a besoin de le connaître plus, on a besoin d'en savoir davantage, savoir jusqu'où on peut aller donc voilà, c'est sûr qu'il y a des pathologies où je suis plus à l'aise. Les enfants qui ont des gros troubles du comportements avec des agitations, voilà j'ai compris comment il fallait faire pour les calmer, les rassurer, parce que t'as déjà connu et donc ça devient instinctif finalement. Tu sais ce qu'il faut faire, tu te poses plus de questions. Alors après, ça dépend aussi vachement de l'enfant, t'as des enfants qui se laissent envelopper, d'autres qui ne se laissent absolument pas toucher donc faut réadapter à chaque fois. Tu trouves des solutions. Ici, on a plein de matériel hyper intéressant, on a des petites salles contendantes, on a des œufs, on a des trucs bien aussi, il faut tous le temps inventer en fait, et c'est aussi la particularité de notre métier, on invente beaucoup, on réajuste tous le temps, on bouge les meubles, tous le temps, tous le temps, tous le temps. On a des enfants tellement différents, y en a pas un qui se ressemble donc voilà. Nous on peut faire ça ici parce qu'on a un lieu pour ça, évidemment que dans une classe de trente enfants, la maîtresse peut pas mettre un paravent autour d'un enfant qui est complètement agité.

Mais c'est tellement criant car on se déplace énormément dans les écoles. Je vois T. qui est sur notre groupe le lundi et le vendredi, c'est un enfant qui est très agité, quand il est arrivé à l'hôpital de jour, on mettait des draps sur les meubles pour qu'il n'y ait aucune stimulation extérieure, pour que les murs soient blancs. Alors c'est vrai que ça fait très psychiatrique pour le coup mais n'empêche qu'il pouvait se tenir autour d'une table, il n'était pas attiré partout. Je suis allée plusieurs fois dans son école et plusieurs fois dans sa classe, faut voir le truc ! Alors déjà, les chaises sont toutes bariolées, de toutes les couleurs, après c'est joli c'est sûr c'est très enfantin, les tables sont de toutes les couleurs, il y a des affiches, des pancartes partout autour de la salle, il y a des trucs qui pendent parce qu'ils ont fait des décorations. Moi je vois pas T. dans ce genre d'environnement. « Ah bah oui il ne tient pas en place », « Bah oui, bah c'est pas étonnant » et ça la maîtresse le problème c'est quelle ne peut pas gérer ça, elle ne peut pas tout défaire parce qu'il y en a un dans la classe qui est très agité. Bah non non c'est pas possible, mais c'est vrai qu'on s'ajuste à chaque enfant c'est certain, à chaque enfant. Chaque enfant à sa particularité, ici, on est obligé de faire avec, si on veut avancer dans les soins, si on veut avoir des résultats. Parce que nous c'est un peu ce qu'on veut, c'est que l'enfant finalement il soit moins pire en fin d'année que en début d'année... Fin en tout cas on essaye de travailler dans cet objectif là qu'ils s'apaisent un peu plus, que les retours à la maison ça se passe mieux, que les parents soient un peu plus contents etc. Etc. Bah du coup on met le paquet, on réinvente parfois d'une séance à une autre. T. en ce moment il est attiré vers le bleu, le bleu, le bleu, il faut du bleu partout, du coup on travaille la frustration. De temps en temps on met du bleu, parfois on n'en met pas du tout. Je vois là, il a fait une fixation sur la pâte à modeler bleu tout à l'heure, il voulait la boule bleu. Fin voilà, donc il a fallu se dire, « Bon bah d'accord aujourd'hui tu la prends pas mais la semaine prochaine tu la prends ». Et puis parfois on

va travailler vraiment la frustration : « Bah non aujourd'hui tu n'auras pas la balle bleue, tu auras la balle orange » Donc ça va être la crise. Fin on se réajuste en permanence, c'est vraiment la particularité de la pédopsychiatrie aussi, c'est que rien n'est figé, du tout, du tout, du tout. Alors après ça peut être un peu fatiguant, ça c'est mon point de vue.

Moi : D'accord, bon bah c'est tout, j'ai tout posé.

IDE : Ok très bien.

ANNEXE IV : RETRANSCRIPTION ENTRETIEN IDE N°2

Moi : Alors du coup, je te réexplique un peu si tu veux le principe de mon mémoire et ce que j'ai fais ?

IDE : Oui, d'accord, oui

Moi : En fait, on part d'une situation de départ qui nous a questionné en stage. Donc j'ai commencé d'une situation vécue où un matin une petite fille ne nous parlait pas et s'est mise à pleurer avant d'aller en médiation patageoire et on ne comprenait pas pourquoi elle pleurait, elle ne nous disait rien, et j'étais allée avec elle dans une petite salle lire une histoire. Et je suis partie de cette situation là où je me questionnais sur ma pratique, et sur comment on aurait pu faire autrement. Donc de là, je me suis questionné sur les compétences de l'infirmière et tout ça et ensuite on cherche des données théoriques. On met tout ça en lien avec les entretiens avec les professionnels et puis après ça débouche sur une hypothèse de recherche mais qu'on ne fait pas, on s'arrête sur l'hypothèse de recherche. Et du coup ma question préliminaire c'est «En quoi les compétences et les expériences de l'infirmière en pédopsychiatrie influencent sur le prendre soin du jeune enfant ayant des troubles de la communication ». Du coup je vais te poser des questions en lien avec ça.

IDE : D'accord !

Moi : Je vais juste te demander pour commencer, si tu peux te présenter globalement et ton parcours professionnel ?

IDE : D'accord, donc je m'appelle X, je suis infirmière, j'ai été diplômée en décembre 2009. Voilà, donc j'ai tout de suite postulé un centre hospitalier spécialisé en santé mentale, donc j'ai commencé à travailler en intra hospitalier en psychiatrie avec les adultes pendant 7/8 mois, donc en service fermé et non fermé. J'ai fais deux unités avec des patients qui avaient des troubles psychotiques, des troubles dépressifs, des patients qui avaient des addictions à l'alcool. Voilà, et donc ensuite j'ai fais un remplacement de 6 mois en pédopsychiatrie, ma première expérience professionnelle, enfin j'avais déjà fais des stages avant en pédopsychiatrie mais là c'était ma première expérience professionnelle en tant qu'infirmière donc dans un hôpital de jour qui accueille des enfants du même âge qu'ici. Ensuite je suis retournée un petit peu en psychiatrie adulte en intra quelques mois et ensuite je suis revenue en pédopsychiatrie et j'ai été stagiairisé et titularisé en pédopsychiatrie. Du coup, je travaille en hôpital de jour et en CMP pour enfants depuis on va dire, 2011 donc ça fait 6/7ans, voilà.

Moi : D'accord, donc mon l'entretien je l'ai divisé en trois parties. Je commence par l'enfant en pédopsychiatrie ensuite vraiment sur la communication et les troubles de la communication et les soins relationnels, et ensuite sur les compétences et les expériences de l'infirmière.

IDE : D'accord.

Moi : Du coup, quels sont les pathologies ou troubles que vous rencontrez ici, dans le service ?

IDE : Alors, les diagnostics sont pas toujours posés, du coup on appelle ça plutôt des troubles, des difficultés. On a des enfants qui ont des traits autistiques, le diagnostic n'est pas encore posé mais bon c'est flagrant ; des enfants qui ont des retards de développements, pas forcément en lien avec l'autisme. Après on peut avoir des enfants qui viennent pour un mal-être, un manque de confiance en soi assez important ou les enfants qui souffrent vraiment de problèmes familiaux en fait, c'est assez varié, voilà c'est ce qui me vient là maintenant.

Moi : Ça marche, et est-ce que tu peux me dire les caractéristiques des enfants pris en charge dans le service c'est-à-dire l'âge, est-ce qu'ils sont scolarisés, est-ce qu'ils ont déjà fait des séjours en pédopsychiatrie ... ?

IDE : D'accord, donc la plupart des enfants qu'on a ici sont âgés entre, ce qu'on a en groupe, en groupe thérapeutique parce que c'est l'essentiel de mon activité ici, ils ont entre 4 ans et les plus grands on peut aller jusqu'à 11/12 ans. Et la plupart des enfants, enfin tous, sont scolarisés. Et on essaye de vraiment les maintenir dans le milieu scolaire, pas forcément à temps plein, mais ils sont scolarisés.

Moi : Et la prise en charge ici elle peut être de quelques mois, un an... ?

IDE : Il y a de tout. Un enfant peut être suivi uniquement en prise en charge individuelle en psychothérapie avec le pédopsychiatre ou avec le psychologue et il n'y a pas forcément d'autres soins à côté. Certains enfants peuvent avoir que du groupe thérapeutique et pas du tout de prise en charge individuelle, et certains ont un groupe thérapeutique et une prise en charge individuelle à côté. Donc ça peut être soit une psychothérapie, une prise en charge en orthophonie, une prise en charge en psychomotricité, une prise en charge en groupe pédagogique. Et donc par exemple, les psychothérapies, les enfants peuvent être suivis un an même en groupe, moi j'ai suivi des enfants qui sont restés un an parce que ça allait mieux, et des enfants qui sont là depuis plusieurs années en fait, c'est vraiment très variable.

Moi : D'accord, et d'après toi, qu'est-ce que le soin en pédopsychiatrie ?

IDE : Le soin en pédopsychiatrie c'est vraiment pour traiter le mal-être de l'enfant, le mal-être psychologique. Ce qui me vient c'est vraiment de grosses angoisses, des enfants qui ne peuvent pas du tout rentrer en interaction. Donc en fait, le groupe thérapeutique va servir à ça, travailler en petits groupes, jouer avec d'autres enfants, justement pour pouvoir être mieux à l'école, en groupe. Oui, c'est vraiment traiter le mal-être de l'enfant, de sa famille aussi. Donc en lien avec les angoisses, des troubles de l'interaction, c'est vraiment ça globalement, puis vraiment mettre des mots sur ce que l'enfant peut ressentir parce que c'est des enfants qui ont du mal à verbaliser leurs angoisses donc vraiment mettre des mots et voilà un travail de répétition parce que les enfants sont très angoissés donc du coup on fait souvent les mêmes choses, voilà ce que je peux dire.

Moi : D'accord, et donc concrètement, quels soins vous proposez aux enfants ici ?

IDE : Comment on met en place les activités ?

Moi : Oui voilà, qu'est-ce que vous faites avec eux ?

IDE : D'accord. Alors déjà avant de mettre les soins en place, ils sont vus par le pédopsychiatre et c'est lui qui, quand même, prescrit les soins. Alors après il y a différents soins, soit des soins individuels soit des soins en groupe. Alors moi, je travaille uniquement sur des groupes thérapeutiques. Du coup sur les groupes thérapeutiques qu'est-ce que l'on fait ?

Moi : Oui ?

IDE : Alors du coup, on accueille les enfants en général c'est par demi journée, c'est environ de 2 à 3h. Donc on travaille toujours à deux en binôme, soit infirmière soit éducatrice. On reçoit les enfants en groupe, ça peut aller jusqu'à 5 maximums. Donc le but c'est de les recevoir par petits groupes parce que c'est plus facile pour eux. Et on met en place des médiations thérapeutiques, c'est-à-dire que c'est différentes activités. Donc c'est souvent du jeu parce que c'est vrai que l'enfant aura, comment dire, c'est plus facile de rentrer en contact avec l'enfant à travers le jeu donc il y a différentes formes de jeux. Il peut y avoir lego ; peinture ; terre ; pâte à modeler et on va se servir de la médiation pour rentrer en contact avec cet enfant là et puis vraiment pouvoir observer ce qu'il met en scène, ce qu'il met en jeu durant cette médiation, quelles angoisses. Et on est là pour les aider à les mettre en scène, les mettre en mot et les rassurer à travers le jeu parce que ce n'est pas facile pour l'enfant. Après il y a d'autres temps, des temps de jeux libres où là on est moins en contact avec lui, on les laisse plus jouer entre eux, c'est plus informel, dehors. Donc là on peut vraiment observer l'enfant, comment est-ce qu'il se comporte avec les autres enfants, sans adultes. Après on est là, pour intervenir et faire tiers si c'est difficile. Du coup, il y a des temps plus formel avec les médiations, les temps de repas thérapeutiques aussi et les temps plus informels comme les temps libres, voilà ce qu'on fait en groupe. Après c'est toujours très rythmé, et c'est souvent le même déroulement sur un groupe, parce que du coup les enfants sont assez angoissés par les changements, par la nouveauté donc du coup c'est assez ritualisé. On fait la même chose d'une séance à une autre, ça commence souvent par le rituel du bonjour, on se dit bonjour, on se dit les nouvelles de la semaine, c'est assez libre ils nous parlent de ce qu'ils ont envie, de la maison, de l'école, ou pas du tout parce qu'il y a des enfants pour qui c'est difficile de parler, et après on est pas là pour les forcer non plus. Donc voilà il y a ce temps de bonjour, après il y a souvent le temps de médiation qui dure ¼ d'heure, c'est assez cadré, il y a des règles. Après il y a un temps informel avec un temps du livre, là ils peuvent souffler quand même car ça leur demande beaucoup de concentration ce temps

de médiation. Et après il y a le temps de départ. Après on peut faire un temps de repas thérapeutique, voilà, ce qu'on fait sur les groupes avec les enfants.

Moi : D'accord, ok, du coup je vais passer plus sur les troubles de la communication et le soin relationnel vraiment.

IDE : D'accord.

Moi : Quels sont les troubles de la communication et de la relation que vous rencontrez ici et comment ça se manifeste ?

IDE : D'accord, alors les différents troubles de la communication : on a les enfants qui ont le langage qui sont comme ça dans la communication mais c'est pas du tout adapté, donc on est là pour rendre cette relation adaptée. On peut avoir des enfants qui vont être en relation qu'avec les adultes mais qui ne seront pas en relation avec leurs pairs, avec les autres enfants ou l'inverse des enfants qui sont à l'aise avec les autres enfants et pas du tout avec l'adulte. On a des enfants qui, eux, ont des troubles du langage, qui voient des orthophonistes, qui ont du mal à s'exprimer, avec des troubles de l'articulation, un manque de vocabulaire... On a également des enfants qui ont plus des troubles de la pensée : des enfants qui sont confus, incohérents, qui passent du coq à l'âne. On a des enfants qui sont mutiques, souvent c'est des mutismes extrafamiliaux c'est-à-dire qu'ils ne parlent pas du tout en dehors de leur famille, vraiment un blocage. Donc voilà, tout ces différents troubles de la communication. Des enfants qui sont dans la communication mais que dans l'agressivité, qui sont sur la défensives aussi, qui ont très peur quand on est en relation avec eux, justement qui ne veulent pas du tout être en relation mais qui ont le langage mais qui s'isolent du coup, qui sont inhibés. Voilà les différents troubles qu'on a.

Moi : D'accord, et du coup vous faites comment pour rentrer en communication avec ces enfants là ?

IDE : Alors on s'adapte à eux, c'est vrai qu'un enfant qui est plutôt inhibé, qui va s'isoler, on ne va pas aller l'interpeller comme ça, on va aller le voir, pas être trop près de lui, pour ne pas le persécuter, l'intruder. Puis le ton de la voix, comment dire, on va essayer de ne pas parler trop fort mais avec une voix douce pour ne pas trop les heurter. Quand c'est des enfants qui ont une relation inadaptée avec les autres, bah du coup on est là pour faire tiers, pour reprendre, en leur disant « Bah non tu ne peux pas lui parler comme ça il faudrait plutôt que tu lui demandes comme ça ». Des enfants qui ont du mal à rentrer en relation avec d'autres enfants et du coup qui parlent sans regarder dans les yeux, bah du coup « bah non, là tu parles à untel, essaye de le regarder dans les yeux ». On va le rassurer, on va lui dire que le regard ce n'est pas dangereux, fin c'est vraiment un travail de réassurance du coup, par les mots. Après avec les enfants mutiques, c'est plutôt compliqué, j'en ai pas rencontré beaucoup dans ma carrière et c'est vrai que je suis moins à l'aise avec ces enfants. Une enfant que l'on avait ici qui était donc mutique et c'est vrai que c'était très compliqué parce qu'on avait beau parler doucement, la rassurer, la prendre à part ou parfois on pouvait aussi élever la voix, lui dire qu'elle était capable et du coup c'est vrai que, j'ai l'impression qu'il n'y avait rien qui faisait sens pour elle et qui la rassurait. J'avais l'impression que tout ce qu'on mettait en place ça ne la rassurait pas et elle était pas disponible, fin c'était très compliqué. J'ai plus de mal avec les enfants qui sont mutiques parce que je ne sais pas si.. Insister ça ne marche pas, les laisser un peu tranquille ça ne fonctionnait pas non plus donc c'est vrai que c'était très compliqué. Après on peut aussi mettre en place je pense pas forcément aux enfants mutiques, aux enfants en général qui ont des troubles de la communication, des troubles relationnels : des pictogrammes, ça marche très bien les images aussi, parce qu'il y a des enfants qui ne comprennent pas les mots, fin trop de mots ça ne fait pas sens et du coup avoir un support concret comme les images ça leur parle et les pictos ça permet aussi de rentrer en communication. D'ailleurs je crois qu'elle se saisissait des pictogrammes cette petite fille qui était mutique. Mais par contre je me sens démunie avec des enfants comme ça, j'en ai rencontré très peu, on en a très peu dans la structure et c'est vrai que mes autres collègues : médecins psychologues, c'est vrai qu'on en parle pas très souvent, et je crois qu'on est pas très formés à ça, aux enfants qui sont mutiques, sur leur manières de fonctionner. Rien ne marchait, ni la réassurance, ni les laisser tranquille, ni les ignorer, ça ne marchait pas, c'était compliqué.

Moi : D'accord, et pour toi qu'est-ce qui permet de créer une relation qui est thérapeutique pour l'enfant ? Par exemple, le climat de confiance comment l'instaurer ?

IDE : Alors du coup, le climat de confiance il s'instaure dans la durée. Je pense qu'il faut du temps, et le lien avec les parents est très important. Du coup, c'est vrai que les enfants que l'on a en groupe, on rencontre les parents plusieurs fois dans l'année, soit avec le médecin en consultation conjointe ou soit avec ma collègue en entretien parent-soignant. Je dirai que c'est la durée et vraiment le lien avec les parents aussi, il faut que l'enfant sente qu'il est porté tant par les parents tant par le CMP, qu'il y a un travail de lien en fait. Du coup ça, je pense que c'est important et puis les répétitions, c'est le temps, vraiment je trouve, la durée, c'est à dire qu'il est porté, parce qu'on se rend aussi aux équipes éducatives donc moi je leur parle je leur dis que je suis allée rencontrer leur maitresse et c'est vrai qu'ils écoutent.

Moi : Oui les liens que vous faites à l'extérieur finalement.

IDE : Oui je trouve que ça aide l'enfant à être en confiance, rassuré.

Moi : Est-ce que tu peux me donner une situation ou justement tu as été en difficultés avec un enfant qui a des troubles de la communication ? Après tu m'en a déjà donné une... pas forcément en difficulté d'ailleurs.

IDE : Oui une situation qui m'a interpellé, on en rencontre plusieurs dans sa carrière. Donc il y a cette petite fille dont je parlais qui était mutique, qui est restée un an sur un groupe thérapeutique. Donc c'est vrai qu'en un an on a très peu vu d'évolutions avec ma collègue. Au niveau de la relation, elle n'est pas sortie vraiment de son mutisme donc voilà, et puis en fait la maman de cette petite fille la retiré des soins et on a plus eu de nouvelles, ça c'est un échec quand même.

On a des enfants qui progressent, heureusement, après ils ne progressent pas tous au même rythme et il y en a des fois c'est vrai que c'est plus lent mais c'est gratifiant et on est content. Les enfants aussi qui demandent beaucoup d'attention, qui demande l'attention de l'adulte très fortement, qui veulent plus être en relation avec l'adulte qu'avec l'enfant, c'est compliqué aussi, d'être toujours disponible.

Moi : D'accord, du coup je vais finir sur les compétences et les expériences infirmières.

IDE : D'accord.

Moi : D'après toi, quelles compétences professionnelles et/ou personnelles vous avez besoin et vous utilisez en pédopsychiatrie ?

IDE : Donc les compétences relationnelles tu m'a dis ?

Moi : Non les compétences tout court, professionnelles ou personnelles.

IDE : Pour travailler en pédopsychiatrie... déjà je dirai que c'est vraiment sur le terrain que l'on se forme vraiment à la pédopsychiatrie, c'est pas à l'école en voyant les petits modules. Fin j'ai trouvé qu'il y avait un grand fossé entre ce que j'ai appris à l'école et sur le terrain en tant qu'infirmière. Déjà, je pense qu'il faut être à l'aise dans la relation avec les enfants en général ça, déjà, c'est important. Les compétences relationnelles, il faut être patient, extrêmement patient, la patience, avoir des capacités d'observation aussi mais ça ça s'apprend vraiment sur le terrain, parce qu'en début de carrière j'avais pas, fin je ressens vraiment maintenant que j'affine mes observations parce qu'en début de carrière j'étais pas vraiment observatrice et c'est venu avec mes collègues qui avaient de l'expérience qu'ils m'ont transmise du coup. Les capacités d'observation, être patient ce qui n'est pas évident. Observation, patience, et puis avoir des capacités vraiment pour jouer avec les enfants, c'est vraiment dans le jeu en fait que l'on travaille.

Moi : Oui vous êtes créatifs ?

IDE : Bah on apprend à être créatif justement, c'est sur il faut l'être. Les compétences ...

Observer et ne pas avoir peur de faire des hypothèses et puis mettre en mots vraiment les ressentis de l'enfant c'est pas grave si on se trompe. Et le travail d'équipe aussi, parce qu'on travaille en équipe ici, être à l'aise en équipe, transmettre les informations à ses collègues, échanger aussi et pas hésiter à se remettre en question aussi. Les capacités de réflexion en équipe, ne pas hésiter à se questionner sur un enfant et en parler en équipe avec ses collègues et réfléchir et ne pas hésiter à se remettre en question. Et puis c'est aussi important de se former. Donc on a des formations avec l'hôpital qui sont proposées, donc on en a plusieurs par an et faut pas hésiter à aller se former parce que c'est comme ça qu'on continue à apprendre aussi, en fait. Rien n'est acquis donc aussi continuer à s'ouvrir. J'avoue que je ne lis pas beaucoup parce que je n'ai pas le temps

pour lire mais la formation est une bonne alternative du coup si on a pas trop le temps de lire et puis c'est assez important de se former je trouve.

Moi : D'accord. Alors est-ce que tu penses qu'il y a des attitudes soignantes qui sont facilitantes ou au contraire qui sont bloquantes en pédopsychiatrie ?

IDE : Des attitudes du coup qui sont facilitantes... Bah du coup rester patient et garder son calme, ça c'est important. Bon après il y a des jours où on est fatigué on est moins patients et on a tendance à élever la voix plus facilement sur les enfants et c'est pas forcément... Il y a des enfants pour qui c'est bien et ça les arrête vraiment dans leur toute puissance et puis il y a des enfants pour qui c'est pas du tout opportun et du coup ça fait que envenimer les choses, la relation, le conflit donc ça, c'est important. Les attitudes du coup qui sont..?

Moi : Justement les attitudes qui sont bloquantes ?

IDE : Être trop insistant des fois, justement on peut paraître intrusif, avec cette petite fille qui était mutique des fois on insistait beaucoup parce qu'on avait envie qu'elle nous parle et du coup je pense que ça faisait l'effet inverse. Des fois aussi un moment de silence, pas trop de mots c'est plutôt pas mal, et c'est vrai que j'ai tendance à plutôt parfois remplir par la parole et en fait pour l'enfant c'est pas forcément opportun parce que ça peut les rendre encore plus confus, ça peut même induire des choses chez l'enfant et justement il faut pas qu'on induise, il faut que ça vienne vraiment de l'enfant du coup.

Moi : Ok, est-ce que tu penses que tes expériences professionnelles elles te permettent d'appréhender mieux certaines situations ?

IDE : Ah bah oui, bah c'est sûr que je me sens plus à l'aise infirmière en pédopsychiatrie aujourd'hui en 2017, qu'en 2010 quand j'ai commencé, du coup c'est sûr que c'est avec le temps, avec les différentes situations que l'on voit parce qu'on en voit plein, c'est sûr, l'expérience c'est la meilleure école. Et puis ça nous permet de nous remettre en question, de nous dire « Bah voilà, pour la prochaine situation je ferai pas comme ça mais peut-être plus comme ça ». C'était quoi la question déjà ?

Moi : C'était, si tes expériences te permettent d'appréhender différemment des situations

IDE : Oui oui ah bah c'est sûr, oui

Moi : Et juste, tu as un exemple où tu réagirais différemment maintenant avec une expérience ou au contraire tu serais désemparée parce que tu n'as pas l'expérience ?

IDE : Alors je me dis souvent quand je rentre le soir : « Bah tiens je ferai différemment » mais avec le même enfant du coup plus, je me le disais souvent, alors après des exemples précis j'en ai pas mais parce que je pense que je me dis très souvent en fait que je ne referai pas pareil. J'essaie... je ne pourrais pas te donner d'exemple, ou alors si sur la patience, je me dis souvent : « J'essaierai d'être plus patiente la prochaine fois » et du coup c'est vrai que ça marche.

Moi : D'accord, et est-ce que tu penses que même sans formation sur une pathologie ou sur une façon d'être, tu peux, par expérience être « bon » dans ta façon de faire ?

IDE : Oui oui oui, c'est pas forcément en lien avec les formations. Les formations c'est plutôt un plus au niveau théorique, après la théorie et la pratique c'est quand même différent, je parlais plus des compétences relationnelles en fait tu vois, garder son calme, être plus patient, fin je sais pas si tu me comprends, je ne sais pas quoi dire d'autre.

Moi : Ah si c'est très bien, j'ai toute mes réponses.

ANNEXE V : RETRANSCRIPTION ENTRETIEN IDE N°3

Moi : Du coup je vous réexplique un petit peu mon sujet, ce qu'on fait. Du coup, on a débuté d'une situation d'appel que l'on a choisi en stage. J'étais en stage dans un CMP/HDJ, et je suis partie d'une situation d'une petite fille mutique qui se met à pleurer juste avant une médiation et on arrive pas à savoir pourquoi et moi je lui ai proposé d'aller dans une petite salle lire une histoire, et quand on est allé lire une histoire elle s'est mise à parler un peu et je suis partie de cette situation en me questionnant sur le rôle des compétences infirmières, celui des expériences, et m'interroger sur ma pratique à moi, l'intérêt d'avoir fait ça. J'ai ensuite lu pas mal sur le sujet et donc ma question initiale c'est « En quoi les compétences et les expériences de l'infirmière en pédopsychiatrie influencent le prendre soin du jeune enfant ayant des troubles de la communication ? ». Et là j'en suis aux entretiens pour pouvoir mettre en lien la théorie et les entretiens, voilà.

IDE : Très bien !

Moi : Du coup si ça vous ne dérange pas, je vais vous demander de vous présenter et de présenter un peu votre parcours professionnel ?

IDE : D'accord, donc je suis X, je suis infirmière de secteur psychiatrique, donc j'ai le diplôme qui n'existe plus voilà c'était l'avant dernier diplôme, je suis diplômée de 93, donc ça fait 25 ans bientôt 27 avec la formation, que je travaille en pédopsychiatrie, j'ai fait essentiellement de la pédopsychiatrie sur la structure hospitalière et puis après depuis une dizaine d'année ici, voilà. Donc, ici je travaille aussi bien en hôpital de jour pour des enfants qui sont âgés de 3 à 6 ans/7ans et aussi je co-anime avec des collègues des groupes, thérapeutique en CATTP donc accueil en temps partiel et puis j'ai une formation aussi en psychodrame donc je travaille aussi avec un psychologue où on co-anime du psychodrame en individuel et aussi en groupe.

Moi : D'accord. Alors, mon entretien je l'ai divisé en trois parties, je commence un peu par des questions sur l'enfant en pédopsychiatrie après plus sur les troubles de la communication en pédopsychiatrie et le soin relationnel et ensuite les expériences et les compétences de l'infirmière.

IDE : D'accord !

Moi : Alors, quels sont les pathologies ou troubles que vous rencontrez ici dans le service ?

IDE : Alors ici, au niveau de l'hôpital de jour on reçoit beaucoup d'enfants qui présentent des troubles autistiques, voilà donc avec des problèmes liés aux interactions sociales, évidemment qui présentent des troubles de la communication, de la relation. On a aussi des enfants qui présentent des troubles dysharmoniques, des TED, troubles envahissants du développement mais dont les symptômes ne sont pas forcément des symptômes autistiques mais qui en tout les cas ont aussi des incidences sur leur vies relationnels, sur leurs apprentissages. On a quelques enfants aussi qui présentent un retard dans certains domaines liés plutôt à des familles carencées ou des négligences sociales, affectives, qui donnent du coup un défaut des investissements, des apprentissages, ou voilà pouvant aller jusqu'à un déficit pour certains. Et puis des enfants, ça c'est plus dans les groupes thérapeutiques, des enfants qui présentent des troubles état limites, plutôt des enfants qui vont avoir des difficultés à être dans un groupe social, qui vont avoir des troubles du comportements, qui n'ont pas forcément des troubles de l'intelligence mais plutôt dans des relations compliqués aux autres, qui peuvent souvent être déscolarisés pour certains donc voilà le panel un peu que l'on reçoit ici. Avec beaucoup d'enfants petits en hôpital de jour.

Moi : Du coup la question suivante, vous y avez déjà un peu répondu, je me demandais les caractéristiques des enfants que vous prenez en charge ici : l'âge, la scolarisation, la durée de prise en charge...

IDE : Alors, ils sont en général tous scolarisés. Pour les petits, ça peut être un début de scolarisation. On a des enfants qui arrivent à trois ans donc pour certains c'est vraiment juste une adaptation scolaire, 1h30 par semaine par exemple. Pour certains, ils peuvent encore être en crèche et en parallèle à l'école, on essaye de toujours trouver des lieux sociaux en tout les cas, d'accompagner les parents vers un lieu social pour l'enfant, pour pas qu'il soit à la maison tout le temps. En sachant qu'ici, au maximum, ils sont pris en charge trois temps dans la semaine pour ceux qui présentent des troubles vraiment graves. Il y a deux temps, d'hôpital de jour, deux matinées, il peut y avoir un troisième temps ou ils viennent dans la semaine pour, par exemple, la psychomotricité rattaché à l'orthophonie donc ça fait trois temps. 3 temps maximums, c'est beaucoup pour

les enfants qui présentent des troubles autistiques. Donc scolarisés, oui, je disais, donc ceux qui sont petits en général ils vont pas à l'école l'après-midi, on essaye sur les matinées d'avoir des intégrations. Souvent ils bénéficient aussi d'aides à l'école, d'auxiliaire de vie scolaire, si ça n'a pas été mis en place à leur arrivée dans tous les cas dans l'année souvent qui suit l'hospitalisation on essaye d'organiser ça parce que il faut souvent quelqu'un qui les accompagne au sein de la classe pour accéder au rythme de la classe, au groupe sans forcément viser les apprentissages mais au moins la socialisation en tous les cas quand ils sont en école maternelle. Pour les plus grands, en général ils sont scolarisés souvent à temps plein et dans des groupes thérapeutiques ils viennent qu'une demi-journée par exemple avec des auxiliaires de vie scolaire ou pas, dans des classes spécialisées ou classes habituelles. Mais en général y a toujours une scolarisation qui est mise en place, quand la scolarisation est plus possible on accompagne le projet d'orientation vers des structures spécialisées : instituts médico éducatifs, IME, ou quand c'est des enfants qui présentent des troubles états limites c'est à dire des enfants qui sont plutôt dans des troubles du comportements qui ont du mal à être en classe du fait de leur comportement, on peut aussi faire des orientations vers des ITEP, des services thérapeutiques et éducatifs.

Moi : Et la durée de prise en charge peut être très courte ou au contraire très longue ?

IDE : Ici, en général on est au moins sur une année scolaire, sur l'hôpital de jour. Par exemple, on commence vraiment fin août jusqu'à temps qu'on parte en vacances ce qui correspond à fin juillet. Minimum une année voire deux, pour les petits souvent deux ans, trois ans. Après on demande des orientations, des relais au niveau du médico-social, soit pour une structure médicalisée mais y a peu de place, donc pas toujours de place et quelques fois dans des situations compliquées on continue d'accompagner parce que l'enfant serait trop longtemps chez lui sans avoir de place à l'école et puis même au niveau des SESSAD, service de soins ambulatoires qui viennent prendre le relais dans certains cas de la structure ici. Nous on essaye de préparer l'enfant à pouvoir prendre des choses un peu solides à l'intérieur pour pouvoir, aller dans une autre structure, soit l'école soit une structure médico-éducative, voilà. Pour certains ça peut être juste accepter un rythme, sur une matinée, supporter les transitions, passer d'une pièce à l'autre, travailler l'autonomie, par exemple les toilettes, le repas et puis tous le travail de médiation effectivement, d'ouvrir l'enfant à la curiosité, et pouvoir essayer de partager avec les autres des centres d'intérêts.

Moi : D'accord, et selon vous, qu'est-ce que le soin en pédopsychiatrie ?

IDE : Après je pense que voilà, le soin en pédopsychiatrie c'est d'arriver à rencontrer l'enfant. Nous on a beaucoup d'enfant pour qui c'est compliqué d'être dans un rapport relationnel humain on va dire. Nous notre premier travail c'est d'arriver à faire connaissance avec l'enfant, avec la famille aussi parce qu'on travaille pas qu'avec l'enfant, la famille aussi c'est important. Les parents ils nous confient leur enfant, et il faut qu'on fasse un bout de chemin avec eux. Donc il y a nous, la connaissance que l'on va avoir de l'enfant, ce qu'on peut aussi en transmettre aux parents, parce que souvent c'est aussi assez énigmatique pour eux. Donc on peut aller aussi à domicile pour travailler ça donc nous on va essayer de repérer un peu chez l'enfant, évidemment là où il y a des difficultés, les secteurs qui ne fonctionnent pas, mais aussi ceux qui fonctionnent parce qu'il peut y avoir un retard global mais il peut aussi y avoir un secteur qui fonctionne bien, ça peut être au niveau visuel, au niveau de la mémoire, au niveau dextérité. Voilà, donc on essaye de s'appuyer sur les secteurs qui fonctionnent bien pour aller voir un peu ce qui dysfonctionne. Et puis ce que je vous disais, travailler vraiment la socialisation, les interactions sociales, découvrir l'extérieur. Il y a des enfants par exemple pour qui c'est compliqué de pouvoir marcher. Par exemple les parents, nous disent : « On peut pas du tout aller à l'extérieur, il faut toujours le porter » ou « Il hurle parce qu'il entend les voitures ». Donc voilà, nous on essaye de travailler sur le quotidien, sur les rythmes, sur l'alternance de moments plus passifs, de moments plus actifs. À la fois on est deux pour un groupe de 5 enfants en général donc avec des points forts, on va dire des temps forts autour d'une activité, une médiation : de la peinture, du découpage, des histoires, de la danse... Qui va être un peu, essayer d'apporter le maximum d'outils, des sollicitations pour voir de quoi l'enfant peut se saisir et à partir de là pour tisser le lien, enrichir et arriver à assouplir l'enfant parce que souvent les enfants qu'on a, qui présente des troubles autistiques, ils vont arriver avec intolérances majeures aux frustrations, des grosses colères qui donnent après des difficultés d'adaptation sociale, qui font qu'ils ne peuvent pas être en groupe ou à la maison, ou que les parents du coup sont assez isolés, ils ne reçoivent plus personne, ou parce qu'il y a des plaintes dans l'immeuble parce qu'il hurle. Voilà donc nous on essaye de travailler on va dire en douceur et à la fois tout en étant ferme, cette partie là pour que l'enfant tolère mieux le monde environnant parce que c'est quand même ça. Et que de plus en plus il puisse s'ouvrir au monde et non pas se renfermer. Voilà, on essaye par un lien privilégié avec lui mais aussi avec sa famille, travailler ça, sur les différents secteurs. A la fois qu'il puisse continuer à développer les parties cognitives parce qu'il y a

des enfants qui ont par exemple des troubles autistiques importants mais qui ont des compétences intellectuelles donc il ne faut pas non plus oublier ça parce qu'ils sont petits et que c'est à ce moment là que ça se met en place. Donc, on essaye aussi de stimuler, c'est vrai que c'est une partie importante, les enfants peuvent souffrir de négligences familiales, des enfants à qui on porte peu d'intérêt, bah voilà c'est important de leur montrer qu'ils sont importants à nos yeux et c'est ça qui va remettre un peu en route aussi le dynamisme psychique et intellectuel, que l'enfant devienne curieux. Et puis évidemment on va dire aussi que c'est un lieu où les enfants peuvent exprimer leurs difficultés pour ceux qui ont le verbe, qui peuvent parler, c'est un lieu où les enfants peuvent nous confier les choses qui sont compliquées pour eux et puis voilà on a cette partie là aussi. Et transformer, on essaye aussi dans le soin, c'est ça, de prendre la partie qui peut paraître un peu folle, parce qu'il y a des enfants qui ont des conduites qui ne sont pas normées, on va dire, et quel sens on peut y mettre nous et comment on peut le transformer pour que ça devienne quelque chose qui soit échangeable avec les autres. Enfin moi c'est ma conception...

Moi : Oui de toute façon c'est très personnel,

IDE : Oui, c'est l'expérience que j'en ai, voilà !

Moi : D'accord, et concrètement, quels soins vous faites avec les enfants ?

IDE : Alors tout dépend à quel niveau on se situe. En hôpital de jour c'est différent d'un groupe, c'est différent de ce que je fais en psychodrame, tout dépend. Sur l'hôpital de jour c'est un dispositif contenant, c'est-à-dire qu'il y a un rythme, il y a des séquences qui vont s'organiser sur la matinée avec le temps de repas et après le départ. Donc on essaye de travailler sur quelque chose de contenant parce qu'on a des enfants, qui ont des angoisses massives corporelles, ils sont aussi angoissés parce qu'il ont du mal à se représenter le monde donc on va essayer de formaliser tout ce qu'on va faire par des photos, pour que les enfants puissent anticiper et être à la fois acteur et avoir une représentation mentale de ce qu'il va se passer car souvent il y a un défaut de représentation, donc souvent on travaille autour de ça, de l'accueil, de comment on se reconnaît, comment on se supporte physiquement, comment on fait groupe, comment on peut accepter de partager avec l'autre, le chacun son tour, des choses comme ça. Donc autour de ce que je vous disais tout à l'heure, de séquences, de médiations qui sont réfléchies avec les enfants, pour le groupe, et à l'intérieur du groupe on a pour chaque enfant un projet individualisé de soin. C'est-à-dire que si on propose par exemple pour 5 enfants un atelier danse, pour des petits, pour chaque enfant on sait ce qu'on vise pour cet enfant là. Et puis on essaye de réadapter effectivement les médiations, c'est pas pour toute l'année la même médiation. À un moment donné on peut présenter ça et puis progressivement changer de médiation, ça peut être le théâtre, travailler le déguisement, le maquillage pour accepter de se toucher enfin il y a pleins de choses différentes. La médiation n'est là que pour échanger. Le jeu c'est important, souvent les enfants qui vont mal ne savent pas jouer. Donc nous on a beaucoup d'enfants qui ne savent pas jouer donc c'est aussi une partie importante de notre travail, mettre à disposition beaucoup de jeu, à la fois des jeux de société pour des enfants qui sont plus organisés et pour les plus petits, pour qu'il puissent accéder au jeu symbolique. Ça peut paraître tout simple pour un enfant qui va bien, mais nous on reçoit des enfants qui ne savent pas jouer à la poupée, qui ne savent pas jouer aux voitures, ils vont les aligner mais ils ne vont pas créer de scénarios. On travaille toute cette partie là, pour que psychiquement, tout ça se mette en forme. Et puis voilà, le travail de partenariat avec les autres personnes de l'équipe, parce que nous on est deux à animer le groupe, à contenir le groupe éduc/infirmière, on est deux éducatrices dans l'équipe et trois infirmières, on est 5, et puis ensuite on travaille avec des psychomotriciens, des psychologues, des orthophonistes, des assistants sociaux, le médecin évidemment qui est garant du projet. Donc tout ça se construit, un enfant qui a besoin d'orthophonie peut avoir un temps d'orthophonie sur le temps où il vient le matin, ou de la psychomotricité, tout ça pour essayer de maintenir en tout les cas les secteurs qui vont bien et les développer et puis évidemment d'essayer d'accompagner la partie qui va plus mal tout en sachant qu'on va pas forcément guérir.

Mais on sait qu'on est dans un mouvement dynamique parce que les enfants sont petits donc ils sont encore en construction et plus tôt on agit plus vite on peut modeler des choses.

Moi : D'accord, du coup je vais passer aux troubles de la communication et le soin relationnel. Quels troubles de la communication et de la relation vous rencontrez ici et quelles sont les manifestations ?

IDE : Bah c'est un peu ce que je vous disais, les enfants qui ont des troubles autistiques qui ont beaucoup de difficultés à communiquer souvent. Alors le langage peut être acquis mais pas utilisé pour communiquer, ça peut être utilisé uniquement pour accéder à ce qu'ils veulent et encore quelques fois ils n'utilisent pas les mots. Il y en a certains qui n'ont pas accès au langage parlé mais qui peuvent communiquer, voilà c'est pas le

langage le seul vecteur pour communiquer donc on a par exemple un enfant qui refuse de parler mais qui communique, qui nous sollicite, alors qu'il y en a un autre qui sait parler mais qui ne communique pas parce que lui il n'a pas envie d'être en relation, en interaction. Donc quand même la majorité des enfants que l'on a et qui ont des troubles de la communication, pour moi c'est des enfants qui ont des troubles autistiques et certains des troubles envahissants du développement, les autres peuvent communiquer.

Moi : Et comment vous faites pour créer une relation qui est thérapeutique pour l'enfant ?

IDE : Bah dans la connaissance, dans les expériences, après le climat de confiance il s'installe avec l'enfant parce qu'on passe du temps avec lui, parce qu'on essaye de se mettre à sa disposition, à sa hauteur d'enfant, on essaye de prendre en compte sa souffrance, on essaye de transformer un peu les choses. Après le fait qu'elle soit thérapeutique c'est le fait qu'elle soit prise dans un cadre institutionnel. Les enfants que je vois ici je passe pas de temps dans la rue, à parler d'eux, c'est pas une relation affective, c'est pas quelqu'un de ma famille ni celui d'une amie. Donc forcément c'est un enfant qu'on me confie dont je vais prendre soin et dont l'institution est garant, donc moi j'ai des comptes à rendre aussi sur la manière dont je travaille avec l'enfant, avec le médecin, avec mes collègues, ça se passe sous le regard de quelqu'un d'autre, pour moi c'est ça qui fait que c'est thérapeutique, avec une base éthique évidemment qui est commune à l'ensemble de l'institution avec des éléments de connaissances théoriques qui sont communes à l'ensemble de l'institution, voilà je peux pas faire n'importe quoi c'est ça qui fait que c'est thérapeutique pour moi, c'est le fait que l'enfant vienne déposer dans l'équipe, pas que moi hein, des éléments de sa problématique, comment nous on y répond chacun de notre côté, personnellement évidemment, on est tous différent dans la manière dans laquelle on va agir. Qu'est-ce qui va se passer dans la relation avec cet enfant pour moi ? Quel sens ça va prendre dans la vie que l'enfant a dans l'institution et quelles répercussions ça peut avoir dans lui ses mobilisations psychiques qu'il peut avoir et après dans sa vie dans sa famille, à l'école. L'intérêt c'est pas que ça se passe bien ici, c'est que ce qu'il se passe ici, il puisse le généraliser ailleurs, par exemple on a des enfants qui peuvent faire beaucoup de colères ici et qui n'en font pas ailleurs parce que c'est le lieu finalement où il va venir déposer cette partie là et l'inverse des enfants qui sont très coléreux ailleurs qui ne vont pas l'être du tout ici parce qu'ici ils vont trouver un cadre qui est plutôt rassurant où les enjeux ne sont pas les mêmes. Dans tous les cas, nous, on met à disposition de l'enfant, du matériel humain, c'est nous les infirmières, c'est vrai qu'en psychiatrie la relation c'est beaucoup ça, c'est avant tout humain, les médiations, le matériel que l'on va utiliser ça c'est pour favoriser les interactions, la relation, c'est du support à la relation.

Moi : D'accord, est-ce que vous pouvez me relatez une situation d'un enfant que vous prenez en soin qui a des troubles de la communication ?

IDE : Alors oui, je peux prendre un enfant dont je parlais tout à l'heure qui, pour l'instant n'a pas beaucoup de langage, qui est plutôt dans la rétention, il est capable de parler, on le sait il y a des petits mots qui peuvent arriver ici, un enfant de 4 ans, mais pour qui s'engager dans la relation par le langage sans doute est compliqué pour lui, ça l'engage trop au niveau affectif donc il essaye plutôt de nous taper sur l'épaule, de (cris) ; faire des signes un peu comme dans un dessin animé, il va avoir un peu de borborysmes pour montrer des choses. À la fois, il est en recherche de communication mais pour l'instant on peut dire que le mode ne fonctionne pas. Donc on essaye de créer avec lui un climat de confiance, nous on est plutôt à l'envelopper dans un bain de langage pour qu'il comprenne que ce n'est pas dangereux. Quand il nous parle avec les gestes à la fois on lui renvoie qu'on comprend ce qu'il dit parce que c'est important, c'est vrai qu'émotionnellement il a des variations de mimiques et d'un autre côté évidemment on l'encourage à parler, donc on est sur les deux. C'est-à-dire que par moment on est ferme, on lui impose de parler, on lui dit « Non tu auras ta biscotte si tu dis biscotte ou s'il te plaît », parce qu'on sait qu'il sait le dire. Voilà, on va essayer ça, quelques fois ça fonctionne et d'autres moments on va lui proposer des ateliers où les mots vont lui échapper, c'est-à-dire que chanter on sait qu'il aime, il aime chanter, il aime faire la musique, donc c'est-à-dire qu'en associant la musique et les petits mots, hop il va dire, ou en chantant, il va se faire avoir entre guillemets, on va chanter « mon petit lapin... » et on entend « mon petit lapin », parce que finalement là c'est pas en relation, c'est dans le cadre d'une chanson. Donc on essaye voilà de travailler pour lui c'est vraiment de créer la confiance pour que progressivement il soit moins terrorisé, qu'il accepte nos mots, que lui accepte de pouvoir nous en livrer aussi et que progressivement ça s'assouplisse quoi. Mais voilà, on a repéré les médiations qu'il aimait bien, la musique, la danse, les comptines, donc on sait que ça va fonctionner, que les mots vont échapper dans ces moments là, alors que s'il sait qu'il est en relation il va arrêter. Après il y a d'autres enfants pour qui vraiment c'est compliqué la communication où on va pas du tout passer par le verbe mais par les photos parce que visuellement ça fonctionnera plus. L'enfant qui ne veut pas du tout parler, nous regarder, au moins qu'il puisse nous montrer sur différentes photos de quel objet il s'agit, quelle activité il

veut choisir, pour mettre un peu à distance la relation aussi, c'est vraiment au cas par cas. En tout cas on essaye toujours de favoriser toujours la communication parce que c'est quand même ça qui va faire que la vie sociale va être possible parce que effectivement sinon... Et puis une fois que l'enfant communique souvent les colères qu'il pouvait faire sont moins fortes parce qu'il se sent compris. Voilà, c'est soit l'enfant est dans un refus de la communication lié à sa pathologie autistique par exemple ou vraiment parce qu'il lui manque les outils, c'est pas du tout la même chose. L'enfant qui a vraiment des troubles dysphasiques, ça va perturber ses compétences à communiquer ce qui n'est pas la même chose avec évidemment tout le travail de rééducation. Qui ne donne pas la même chose mais qui l'embête des deux côtés

Parce que l'enfant qui veut se faire comprendre mais qui n'arrive pas à se faire comprendre, pour lui qui n'arrive pas à communiquer ce qu'il ressent par les mots ça peut le mettre en colère, et t'as les enfants qui ne veulent pas communiquer, qui ne peuvent pas, dans les troubles autistiques, ne peuvent pas, ne veulent pas, ne sont pas intéressés donc eux ça leur fait violence quand nous on vient chercher la communication, la relation, eux ils n'ont pas forcément de difficultés d'équipement. Il y a des enfants qui parlent, qui savent signer mais ils ne peuvent pas regarder, il ne veulent pas échanger. C'est pas la même chose et pourtant on va pouvoir proposer des médiations qui sont identiques mais à l'intérieur on va les travailler différemment.

Moi : D'accord, du coup je vais passer sur la dernière partie sur les compétences et les expériences infirmières. D'après vous, quelles sont les compétences professionnelles ou personnelles ou les deux, vous avez besoin pour travailler en pédopsychiatrie ?

IDE : Bah déjà je pense que pour travailler en pédopsychiatrie il faut avoir un plaisir à être avec les enfants, c'est important, si on n'a pas de plaisir à être avec eux. Une bonne connaissance du développement de l'enfant, une capacité d'écoute, d'empathie beaucoup pour moi ce serait ça c'est-à-dire dans les premières choses c'est ça, arriver à se mettre à la place de l'enfant, pour essayer de comprendre son point de vue, qu'est ce qu'il peut vivre, qu'est-ce qu'il peut se représenter du monde ? Si on essaye pas ça c'est compliqué d'être en lien, faut pouvoir un peu se mettre à sa place. Beaucoup de patience, de tolérance quand même aussi, parce que quelques fois on est malmenés, faut supporter d'être malmené, quelques fois on est attaqués physiquement, on est mordu, on se fait baver dessus, on peut se faire traiter de tous les noms, on peut se faire blesser physiquement, donc il faut quand même avoir une bonne tolérance. Bon et puis le plaisir de travailler en équipe je trouve ça important quand même, parce que seul on ne peut pas grand chose. Mais pour moi le travail en pédopsy c'est beaucoup d'empathie et pour l'enfant et pour la famille c'est aussi important, comprendre la famille parce que les parents n'ont pas choisi d'avoir un enfant qui présente des troubles au niveau autistique et puis je veux dire il faut, voilà ils font comme ils peuvent. Donc il faut arriver à avoir de l'empathie pour les deux, et l'enfant et la famille qu'on essaye d'accompagner au mieux. Il faut aimer le travail en réseau aussi, les partenaires extérieurs, il me semble que tout ça c'est important. De la disponibilité et puis voilà une formation théorique aussi qui accompagne l'expérience professionnelle. Mais c'est quand même beaucoup dans l'expérience je dirai, qu'on apprend, de situation en situation, voilà on avait fait ça avec cet enfant, je me rappelle ça me fait penser à cette situation, on avait proposé ça, ça avait fonctionné. Après il faut aussi connaître ses limites, c'est-à-dire pas se mettre dans des situations qui sont trop compliquées pour nous. Mais bon ça tient aussi beaucoup à l'institution. Mais un travail d'équipe ça me paraît important. Et puis de la créativité, il faut avoir beaucoup de créativité, quand on travaille avec des enfants qui ont des troubles lourds, qui sont intéressés en théorie par rien, on dégage beaucoup d'énergie à mettre en forme, à stimuler, à animer, réanimer, donc il faut aussi avoir une grande capacité à se renouveler. Parce que sinon, si on fait 20 ans, 25 ans la même médiation au même moment ... Donc il faut à chaque fois, se saisir un peu de ce qui est différent d'un enfant à l'autre, d'un groupe à l'autre. Il faut avoir de la créativité, du dynamisme, après on a toutes ici des médiations un peu plus spécifiques : le mime, le théâtre, la peinture, le bricolage.. On essaye toute un peu des choses, on travaille aussi avec des intervenants extérieurs. Voilà il faut garder la niaque quoi !

Moi : D'accord, et est-ce que vous pensez qu'il y a des attitudes soignantes qui sont facilitantes ou au contraire bloquantes pour l'enfant ?

IDE : Bah sans doute. L'empathie je pense que c'est une situation favorisante pour l'enfant. Si l'enfant sait qu'on fait l'effort de comprendre ce qu'il ressent, je pense que c'est facilitant pour lui de déposer des choses en nous. Après des situations qui seraient au contraire bloquantes, je pense que quelques fois on peut être dans des situations de maltraitance entre guillemets, j'entends, où on va vouloir je sais pas, asseoir une autorité, être dur avec un enfant avec qui ça ne fonctionne pas, par exemple, où il va nous amener à répéter des fonctionnements qu'il connaît déjà. Des enfants qui poussent parfois à être malmené, ça c'est à l'institution après d'être garant de ça. Les enfants peuvent venir déposer en nous cette mauvaise partie et

nous on va réagir. Je pense notamment aux enfants qui attaquent les cadres, qui sont compliqués, qui peuvent avoir même des attitudes perverses quelques fois donc la effectivement il faut bien se connaître, bien travailler en équipe pour avoir conscience de ce qu'on est entrain de mettre en place. Il faut toujours faire attention, l'équipe pour moi c'est la garante de ça, c'est-à-dire d'un excès ou dans l'autre, on peut aussi avoir un trop grand attachement et s'embarquer dans une relation qui n'est pas thérapeutique, parce que trop exclusif, trop fusionnel trop ? C'est quand même le fait de travailler sous le regard de l'autre, ou d'être supervisé qui va faire qu'on peut mettre du sens à tous ça. Mais une attitude bienveillante auprès de l'enfant me semble être la meilleure, l'enfant doit sentir qu'on lui veut du bien. On veut qu'il aille mieux, on lui renvoie qu'on sent qu'il souffre d'une certaine manière, mais qu'on va essayer de faire avec sa famille en sorte qu'il souffre un peu moins, je dis pas qu'on va le guérir, mais qu'on l'accompagne, qu'on va trouver des moyens pour supporter mieux ce qui lui fait si peur, pour certains enfants c'est ça. Des conduites, des comportements qui vont lui permettre d'éviter ça et qui vont faciliter son intégration sociale.

Moi : Ca marche, et du coup, il me reste une dernière question. Est-ce que vous pensez que vos expériences professionnelles vous permettent d'appréhender différemment certaines situations ?

IDE : Bah oui c'est ce que je disais tout à l'heure, c'est sûr. Je ne travaille pas de la même manière maintenant que quand j'avais 23ans. C'est évident, c'est l'expérience qui forme. Mais après toujours avec le plaisir de rencontrer de nouveaux enfants parce que effectivement les pathologies sont à peu près toujours les mêmes, ce qui est intéressant dans le travail c'est qu'on a pas à faire à des pathologies, on a à faire à chaque fois à un enfant dans une situation familiale particulière, dans un contexte socio-économique particulier et de toute façon ça et du coup sa pathologie va se révéler d'une manière différente. Après il y a la richesse du travail en équipe qui fait que c'est intéressant, c'est ça qui forge l'expérience. Il y a des collègues avec qui voilà ça fonctionne mieux qu'avec d'autres. Des projets qui vont être intéressants à mener, des moments où on est un peu plus déprimé aussi voilà, ça fait parti du travail aussi. Il y a des choses qui changent dans les équipes mais en tous les cas voilà c'est quand même la richesse des rencontres, pour moi. Le nombre d'enfants que j'ai pu voir en 25 ans, il y en a dont je me souviendrai toujours, il y en a dont je me souviens moins. Mais voilà, il y a des situations dont je me souviendrai et qui m'aident encore à travailler avec des enfants que je connais maintenant, en me disant « C'est vrai que cet enfant là, ça me fais penser à untel, à telle situation ! » Pour leur proposer évidemment, c'est riche d'expérience.

TABLEAU D'ANALYSE DES ENTRETIENS EXPLORATOIRES

Thèmes	Sous-thèmes	IDE N°1	IDE N°2	IDE N°3	Lien notions/concepts	Réflexion personnelle
L'enfant en pédopsychiatrie	Pathologies de l'enfant	Il y a les troubles du spectre autistique ; les troubles envahissants de la pensée ; les enfants mutiques ; les enfants précoces avec troubles du comportement associés ; les phobies scolaires ; les gros troubles du comportement, de la relation sociale, de la relation aux autres.	Les diagnostics ne sont pas toujours posés. Appellation par les mots troubles ou difficultés Il y a les traits autistiques ; les retards de développement ; les mal-être ; le manque de confiance en soi ; les problèmes familiaux, c'est assez varié	Il y a beaucoup d'enfant ayant des troubles autistiques ; Enfant ayant des problèmes liés aux interactions sociales, des troubles communication et relation Les troubles dysharmoniques, (TED) ; incidence vie relationnelle et apprentissages. Retards plusieurs domaines ; Familles carencées, négligences sociales et affectives, défaut d'investissement Troubles états limites	Nosographies internationales Mutisme Troubles du spectre autistique L'impact du rôle de la famille dans le développement de l'enfant	Les trois infirmières abordent des pathologies similaires, certains troubles reviennent plus que d'autres : troubles autistiques, Troubles dans la relation sociale, problèmes familiaux Les pathologies ou troubles pris en soin en service de pédopsychiatrie sont très nombreux. Elles n'utilisent pas les nosographies pour parler des pathologies.

	<p>Caractéristiques enfant pris en soins</p>	<p>Tous les enfants sont scolarisés car c'est obligatoire, parfois en CLISS</p> <p>Ils viennent une à deux fois par semaine selon le projet</p> <p>Ils sont âgés de 4 à 12 ans</p> <p>La durée de prise en charge dépend des parents. C'est en fonction de l'enfant, au cas par cas</p>	<p>Les enfants sont scolarisés, objectif de maintien en milieu scolaire</p> <p>Dans les groupes thérapeutique : âge de 4 ans jusqu'à 11/12 ans</p> <p>La durée de prise en soin varie. Parfois suivi en individuel en psychothérapie, psychomotricité, orthophonie, groupe pédagogique Ou suivi en groupe en hospit ou les deux Parfois même pas une année , ou plusieurs années, c'est très variable</p>	<p>Les enfants sont scolarisés ou en début de scolarisation, en période d'adaptation, et à la crèche en parallèle. Certains enfants ont des aides à l'école Les enfants plus âgée: école à temps plein école ou IME ou ITEP Accompagnement des parents vers un lieu social. Il y a 3 temps de prise en charge maximum par semaine au CMP Certains enfants ont aussi une prise en charge individuelle. Prise en soin au moins une année scolaire, voir deux ou trois</p>	<p>Socialisation et instances socialisantes</p> <p>Scolarisation</p> <p>Possibilités thérapeutiques : individuel ou collectif</p>	<p>La scolarisation est obligatoire, donc la majorité des enfants sont scolarisés mais parfois avec des aides ou dans des structures adaptées.</p> <p>Les enfants sont globalement jeunes.</p> <p>La prise en soin se fait par temps dans la semaine : une à trois fois par semaine.</p> <p>La durée de prise en soin est de minimum un an mais plutôt supérieur à 1 an. Il n'y a pas de généralités sur la durée. Les soins psychiques sont longs.</p>
--	--	---	---	---	---	---

	Types de soin	<p>Il y a les médiations thérapeutiques, elles sont réfléchies, en équipe. Les groupes sont parfois faits après le choix de la médiation.</p> <p>Il y a une cohérence dans le choix</p> <p>Exemples : le conte, la pâte à modeler, les lego, la mise en scène, le drame,</p> <p>L'intérêt est de passer par le jeu, inventer, s'adapter à comment ils arrivent à être en groupe pour pouvoir être ensemble, avoir une cohésion de groupe, un travail</p>	<p>Au départ d'une prise en soin, l'enfant est vu par un pédopsychiatre qui prescrit les soins.</p> <p>L'accueil des enfants se fait ensuite par demi journée, environ 2/3h, toujours en binôme soit infirmier soit EJE. Les groupes vont jusqu'à 5 enfants maximum, c'est mieux pour l'enfant.</p> <p>- Temps formels : Les médiations thérapeutiques, elles sont différentes activités. Le jeu est plus facile pour rentrer en contact enfant : La terre, les lego,</p>	<p>Le centre est un dispositif contenant. Il y a des rythmes, des séquences.</p> <p>Il y a des médiations thérapeutiques qui sont réfléchies avec l'enfant.</p> <p>Passage par le jeu car ils ne savent pas toujours jouer et avoir accès au symbolique.</p> <p>Le déroulement est formalisé par des photos, impact sur l'anticipation, les enfants sont acteurs, et peuvent avoir des représentations mentales de ce qu'il se passe.</p> <p>Il y a toujours un projet de soin individualisé</p> <p>Il peut y avoir aussi du soin au</p>	<p>La médiation thérapeutique</p> <p>Projet de soin</p>	<p>La pédopsychiatrie ne néglige pas le projet de soin qui reste individuel. Il peut y avoir des suivis en individuel par des psychologues, psychiatrie ou psychomotricien mais beaucoup des activités de soin se font en groupe par le biais de la médiation thérapeutique. La médiation thérapeutique est un temps formel, réfléchis, en groupe restreint. L'objectif est d'utiliser un médiateur qui fait tiers pour aider l'enfant à être en groupe et à exprimer ses angoisses. Ces temps thérapeutiques</p>
--	---------------	--	---	--	---	---

		<p>groupal. but de revaloriser le fait de pouvoir être ensemble</p> <p>Les médiations sont parfois des tests, des essais, ,</p>	<p>la pate a modeler,</p> <p>L'objectif est d'observer ce que l'enfant met en scène, quelles angoisses, l'aider à mettre en scène, en mot, rassurer a travers le jeu, c'est cadré, il y a des règles.</p> <p>- Les temps informel : jeux libre, moins en contact, observer l'enfant, comportements, parfois faire tiers C'est très rythmé, le déroulement est le même car les enfants angoisses du changement.</p>	<p>domicile, l'infirmière se déplace dans la famille.</p> <p>Il y a une alternance entre des moments passifs et des moments actifs.</p>		<p>sont perpétuellement revus, adaptés et modifiés en fonction du besoin de l'enfant.</p> <p>Lors de la prise en soin en groupe, des temps informels sont aussi utilisés pour observer l'enfant tout en le laissant plus libre, ces temps sont moins cadrés.</p>
--	--	---	--	---	--	--

	<p>Vision du soin en pédopsychiatrie</p>	<p>L'objectif est d'accueillir l'enfant dans sa globalité, s'occuper du psychisme et du corps S'occuper de l'enfant et de ses parents, de sa famille, de sa fratrie, de ses relations scolaires, cette prise en charge globale peut être parfois « lourd ». L'accueil de la souffrance et de l'angoisse sont les premiers objectifs.</p>	<p>Le soin en pédopsychiatrie vise à traiter le mal-être psychologique et les angoisses de l'enfant. Il y a aussi un travail fait avec la famille et l'enfant. Cela est rendu possible par le travail en groupe restreint. Il est important de mettre des mots sur ce que l'enfant ressent, sur ses angoisses. Il y a un travail de répétitions pour apaiser les angoisses de l'enfant.</p>	<p>L'objectif du soin est d'arriver à rencontrer l'enfant, faire connaissance avec lui et sa famille. Obtenir des connaissances sur l'enfant et les transmettre aux parents pour les aider. Le soin commence par le fait de repérer ce qui fonctionne chez l'enfant et ce qui ne fonctionne pas. Assouplir l'enfant, trouver de quoi il peut se saisir pour tisser un lien Travailler les interactions sociales, le quotidien, les rythmes.</p>	<p>Le soin relationnel Objectifs de la spécialité médicale de la pédopsychiatrie</p>	<p>Les visions du soin en pédopsychiatrie convergent vers certaines idées communes. Le soin est tourné vers l'enfant, son bien-être. Accueillir la souffrance de l'enfant, l'entourer, traiter le psychisme et le corps en travaillant sur les angoisses sans négliger les domaines positifs pour travailler sur les domaines carencés.</p>
--	--	--	---	--	---	---

				Développer les parties cognitives, stimuler l'enfant Montrer à l'enfant qu'il est important à nos yeux et à terme mettre en route le dynamisme psychique et intellectuel.		
--	--	--	--	--	--	--

<p>Les troubles de la communication et le soin relationnel</p>	<p>Manifestations des troubles de la communication</p>	<p>Il y a des enfants qui parlent mal, qui n'ont pas du tout le langage ou qui ont leurs propre « jargon » Parent-enfant, parfois personne ne les comprend car le langage est incompréhensible Il y a des enfants mutiques, à l'inverse certains ont un langage très développé, presque trop, ils définissent tous les mots, ils se plongent dedans pour cacher l'angoisse.</p> <p>« C'est embêtant de ne pas se faire comprendre »</p>	<p>Pour certains enfants, le langage est acquis mais la communication est inadaptée. L'objectif est de la rendre plus adaptée.</p> <p>Il y a des enfants qui sont en relation avec l'adulte uniquement ou uniquement avec leurs pairs.</p> <p>Il y a certains enfants mutiques. Certains ont des troubles de la pensée qui entraînent des confusions, des incohérences, des passages du coq à l'âne.</p>	<p>Les troubles autistiques, les enfants qui ont donc des difficultés à communiquer.</p> <p>Le langage peut parfois être acquis mais non utilisé, ou utilisé uniquement pour obtenir quelque chose.</p> <p>Vecteur de communication autre que les mots</p> <p>Certains enfants sollicitent par les gestes.</p> <p>Certains enfants refusent et ne souhaitent pas être en relation, en interaction.</p>	<p>La communication</p> <p>La relation soignant/soigné</p> <p>Le langage</p> <p>Les nosographies psychiatriques</p>	<p>Il y a énormément de troubles de la communication et de manifestations de ceux-ci. Avoir le langage mais ne pas l'utiliser ou l'inverse, vouloir entrer en communication sans pouvoir ou pouvoir sans vouloir, utiliser le corps pour communiquer, Communiquer mais de façon incompréhensible. Chaque enfant « habite » sa pathologie de façon singulière.</p>
--	--	---	--	--	---	---

			<p>Certains enfants présentent des troubles du langage lié à un problème d'articulation ou un manque de vocabulaire</p> <p>Parfois l'enfant utilise une communication agressive ou inhibée</p>			
--	--	--	--	--	--	--

	<p>Instauration d'une relation thérapeutique</p>	<p>Se baser sur les expressions du visage, les yeux, les comportements de pleurs, de replis, se baser sur autre chose que les mots</p> <p>Patience, essayer de faire autrement que ce qu'ils connaissent, trouver une autre approche, travail équipe, comprendre</p> <p>Les comprendre, décortiquer les mots, faire répéter, tout reprendre, prendre le temps</p> <p>Mettre des mots</p>	<p>S'adapter à l'enfant, Si enfant inhibé pas trop s'approcher, ne pas l'intrusé, voix douce, ne pas le heurter</p> <p>Si relation inadaptée, on reprend</p> <p>Si pas de regard, on explique que le regard n'est pas dangereux, réassurance par les mots</p> <p>Pictogrammes, marche bien, support concret pour entrer en communication</p>	<p>Possible par la connaissance, les expériences et le climat de confiance</p> <p>Le climat de confiance s'instaure par le temps passé avec l'enfant, se mettre à sa disposition, à sa hauteur d'enfant, prendre en compte sa souffrance</p> <p>Le rôle essentiel est la présence du cadre institutionnel, qui est garant, offrant des éléments de compétences communs, base éthique commune</p>	<p>Les modes de communication</p> <p>La structure de pédopsychiatrie</p> <p>La relation thérapeutique</p>	<p>Pour réaliser une prise en soin qui est thérapeutique il faut déjà s'adapter à l'enfant et à son mode de communication. Chercher des approches différentes de ce que l'enfant connaît déjà. Il est essentiel de prendre le temps et d'obtenir un climat de confiance.</p> <p>Ce qui rend la relation thérapeutique c'est le cadre institutionnel et le statut de soignant. La médiation est un outil pour le soin mais le soignant est le matériau principal, qui rend la relation thérapeutique.</p>
--	--	--	--	--	---	--

				<p>« Dans tous les cas nous on met à disposition de l'enfant, du matériel humain, c'est nous les infirmières, c'est vrai qu'en psychiatrie la relation c'est beaucoup ça, c'est avant tout humain, les médiations, le matériel que l'on va utiliser ça c'est pour favoriser les interactions, la relation, c'est du support à la relation. »</p>		
--	--	--	--	--	--	--

	<p>Méthodes de communication</p>	<p>Médiation, passer par le corps, faire autrement, pas forcément utiliser la parole Construire quelque chose ensemble sans mots Aller doucement, enfants vite intrusé Réfléchir longtemps aux médiations, réévaluer, changer, travail ciblé sur leur problématique, Avoir la même base de compréhension pour communiquer et se comprendre Communication gros point de travail, gros chapitre Passer du temps à parler, à mettre en mot, à redire, à se faire comprendre</p>	<p>Climat de confiance, qui s'instaure dans la durée, il faut du temps, le lien avec les parents est important, rencontre soignants-parents plusieurs fois par an, que l'enfant se sente porté Répétitions</p>	<p>Créer un climat de confiance Lui laisser le temps d'accepter « nos mots » Par exemple, créer un bain de langage pour que l'enfant comprenne que ce n'est pas dangereux Renvoyer à l'enfant qu'on le comprend, Utilisation des variations de mimiques, Imposer de parler parfois avec fermeté aussi Utilisation des médiations pour que les mots « échappent »</p>	<p>Les méthodes de communications : la communication verbale et la communication non verbale. Le climat de confiance</p>	<p>La médiation permet d'entrer en communication. Communiquer par le corps sans utiliser la parole, utiliser des photos aussi. Aller au rythme de l'enfant, ne pas l'intrusé. Travailler sur la même base de compréhension, se comprendre, gros point de travail en pédopsychiatrie Beaucoup de temps à parler, à mettre en mot, Grâce au petit groupe, à la ritualisation, Climat de confiance par la</p>
--	----------------------------------	--	---	---	---	--

		<p>Ritualisé, besoin de ça pour les calmer, les apaiser,</p> <p>Groupe de 4 pour diminuer le rythme, aller plus lentement, prendre le temps</p> <p>Soins psychiques longs</p> <p>Quand progrès, ça nous fait du bien, parfois baisser un peu les bras,</p> <p>Intérêt synthèse régulière pour prendre du recul</p>		<p>Au cas par cas</p> <p>Utilisation de photos quand relation directe impossible</p> <p>Etre doux et ferme à la fois</p>		<p>durée, il faut du temps. Lien privilégié famille et enfant. Laisser le temps à l'enfant « d'accepter nos mots », faire comprendre à l'enfant que le langage n'est pas nuisible en lui parlant beaucoup, en lui expliquant, Dire à l'enfant qu'on le comprend par ses mimiques, de temps en temps imposer le langage.</p>
--	--	--	--	--	--	---

<p>Les compétences infirmières et expériences infirmières</p>	<p>Les compétences professionnelles et/ou personnelles</p>	<p>Il faut se former toute sa carrière, a plein de chose, Ça évolue tous le temps, se former pour se réajuster, On ne peut pas tout connaître, Différents courants de pensées On voit que des choses marches et d'autres moins Ex : pictogramme de nous même, intuitivement Continuer à étudier Réunion théorique : revenir aux textes, à ce qui a été étudié, ce que font les autres pour réajuster notre façon de faire</p>	<p>Etre à l'aise dans la relation avec les enfants en général. Etre patient Avoir des capacités d'observation Capacité de jouer avec les enfants Créativité Faire des hypothèses, ne pas avoir peur, mettre des mots, même si on se trompe Travailler en équipe, être à l'aise, transmettre, se remettre en question réflexion en équipe Se former, continuer à apprendre, à s'ouvrir</p>	<p>Avoir du plaisir à être avec les enfants et a en découvrir de nouveaux Bien connaître le développement de l'enfant Avoir des capacités d'écoute, d'empathie pour l'enfant et sa famille ; de la patience, de la tolérance Comprendre l'enfant, se mettre à sa place Supporter la violence et l'agressivité Travailler en équipe et en réseau, avoir conscience de ce que l'on met en</p>	<p>Compétences infirmières Qualités Empathie Travail en équipe</p>	<p>Il faut aimer travailler avec l'enfant. Il faut être patient, avoir des capacités d'observation, de jouer, de faire preuve de créativité, et de réflexion critique, écoute, empathie pour l'enfant et sa famille, être tolérant. Il faut savoir travailler en équipe. Comprendre l'enfant, se mettre à sa place, Connaître ses limites.</p>
---	--	---	---	--	---	---

	Qualités	<p>Je ne sais pas s'il y a des qualités, En 15 ans : patience Etre à l'écoute, prendre le temps de réfléchir à comment l'enfant fonctionne, comment l'aider au mieux,</p> <p>Etre attentif, faire des liens avec le corps, prendre le temps de comprendre, Se réajuster en permanence, se questionner</p> <p>Gymnastique psychique</p> <p>Travailler en binôme, se passer le relais, entraide équipe, cohésion, « tout le monde peut travailler en pedopsy »</p>		<p>place</p> <p>Connaître ses limites</p> <p>Avoir une formation théorique pour accompagner l'expérience prof</p> <p>Etre créatif, énergique, dynamique</p> <p>« on dégage beaucoup d'énergie à mettre en forme, à stimuler, animer, réanimer »</p> <p>Se renouveler</p>		<p>Avoir une formation théorique</p>
--	----------	--	--	--	--	--------------------------------------

	<p>Attitudes bloquantes/ Facilitantes</p>	<p>Les attitudes bloquantes quand on est énervé, quand on crie, Les enfants se bloquent en général. Il est important de transformer cela, en reprises, de travailler dessus, de prendre du recul. Il faut faire autrement, travailler dessus en équipe, se remettre en question.</p>	<p>L'attitude pouvant être facilitante est de rester patiente et de garder son calme.</p> <p>L'attitude bloquante peut être d'être insistant, trop intrusif, de trop parler et combler le vide, ou bien d'induire, il faut que les choses viennent de l'enfant.</p>	<p>Attitude facilitante : Etre empathique, que l'enfant sache que l'on fait l'effort de le comprendre, le laisser déposer des choses en nous. Etre bienveillant surtout, que l'enfant sente qu'on lui veut du bien, qu'il souffre moins, que l'on va trouver des moyens d'actions pour apaiser sa souffrance.</p>	<p>Les attitudes facilitantes et bloquantes de Porter</p> <p>Attitudes</p>	<p>Il y a des attitudes bloquantes et des attitudes facilitantes.</p> <p>Les attitudes facilitantes : Garder son calme, être patient Etre empathique, comprendre l'enfant, le laisser déposer des choses en nous, être bienveillant, l'enfant sente qu'on lui veut du bien, qu'il souffre moins, trouver des moyens d'apaiser sa souffrance.</p> <p>Les attitudes bloquantes : tenter d'asseoir une autorité, entrer dans une relation qui n'est pas thérapeutique</p>
--	---	--	---	---	--	--

				<p>Bloquante : tenter d'asseoir une autorité chez un enfant chez qui ça ne marche pas, répéter des fonctionnements connus.</p> <p>Entrée dans une relation non thérapeutique par trop d'attachement.</p>		
--	--	--	--	--	--	--

	<p>Les expériences professionnelles</p>	<p>On est plus à l'aise, Domaines parfois plus à l'aise, certaines tranches d'âge, Quand pas de formation, se renseigner, lire</p> <p>Quand interrogé sur une situation une fois, plus à même d'accueillir l'enfant car déjà connu, parfois désarçonné au début c'est ça la nouveauté, Venue régulière soin pour soignant aussi pour mieux connaître l'enfant,</p> <p>Pratique qui deviennent instinctif, plus se poser de question</p>	<p>On se sent plus à l'aise avec le temps, les situations que l'on rencontre L'expérience est la meilleure école, nous permet de nous remettre en question « la prochaine fois je ne ferai pas comme ça » On apprend sur le terrain, on se forme sur le terrain, fossé entre ce qui est vu en formation et la réalité du terrain, grâce à l'expérience affiner ses observations, Transmission des expériences des collègues</p>	<p>Importance de l'expérience, apprendre de situation en situations. Penser à la prise en charge d'un enfant pour l'utiliser chez un autre.</p> <p>« C'est sur, je ne travaille pas de la même manière maintenant que quand j'avais 23 ans, c'est évident, c'est l'expérience qui forme »</p> <p>La richesse des rencontres et du travail en équipe forge l'expérience</p>	<p>La formation</p> <p>La professionnali- sation</p> <p>Soignant « Expert » Walter Hesbeen.</p>	<p>Le temps permet de gagner en assurance, de savoir comment réagir dans certaines situations. On évolue au cours de sa carrière par les expériences. Le professionnel n'apprend pas tout en formation, il apprend sur le terrain, de ses collègues, des formations.</p>
--	---	---	---	--	---	--

		« Je fais pas la même chose maintenant, plus le même travail, tu te réajustes, tu apprends tous les jours, c'est ce qui est intéressant »				
--	--	---	--	--	--	--

ANNEXE VI : RÉSUMÉ DE L'ARTICLE DE RECHERCHE

Introduction

Cet article s'intitule « Enfants et familles en souffrance : tensions éthiques en pédopsychiatrie ». Il est paru dans la revue *L'information psychiatrique* en 2011. L'article a été coécrit par :

Sylvie Nezelof (Professeur de pédopsychiatrie en service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent),
Elisabeth Martin (Assistante spécialiste partage en service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent),
Et Lauriane Vulliez (Praticien hospitalier en service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent)

Ces trois auteures se sont intéressées à la remise en question de l'éthique dans certaines situations compliquées en pédopsychiatrie.

Cadre théorique

Les auteurs rappellent l'importance des parents dans le développement de l'enfant, que ce soit positif ou au contraire néfaste pour l'enfant. Ainsi, lorsqu'un enfant est pris en soin en pédopsychiatrie, le parent est tout aussi important dans l'élaboration du projet de soin. Il est expliqué qu'il y a parfois des difficultés à garder la limite entre la prise en soin de l'enfant et celle des parents et des conflits voire des ruptures de soins peuvent arriver. La première partie évoque les difficultés de prise en soin de l'enfant et de son parent. Les quatre principes éthiques que sont la bienfaisance, la non malfaisance, le respect de la personne et de son autonomie sont parfois mis en questions.

Méthode utilisée

Les trois auteurs se sont basés sur des ouvrages et sur les concepts d'éthique : respect de la personne, respect de l'autonomie, bienfaisance et non malfaisance pour questionner les situations où les principes éthiques peuvent être mis en danger.

Résultats et discussion

L'étude a débouché sur 4 grands axes de réponses :

- La connaissance des enjeux développementaux : il faut connaître l'existence des impacts des séparations tardives de l'enfant, des placements multiples, des parcours compliqués dans des moments importants du développement de l'enfant. Cela entraîne une responsabilité importante pour le soignant.
- Le contexte socioculturel : Il y a eu ces dernières années de nombreuses modifications de la société et de la place de l'enfant dans celle-ci. On note l'apparition de droits pour l'enfant, de devoirs pour les parents, et du droit de l'État à intervenir au sein même des familles. Ainsi comment protéger l'enfant tout en respectant l'autonomie et la décision du parent ?
- Le contexte de la demande de soin et définition du champ de soin : La difficulté de l'entrée en soin est impactée par le conflit souvent inhérent à la demande de soin, voire parfois la contrainte. Il y a parfois des glissements de tâches lors de difficultés sociales ou de difficultés pendant la période de périnatalité, dans le champ du soin psychiatrique et cela peut être néfaste aux soins.
- Les idéaux professionnels : Les différentes professions exerçant en pédopsychiatrie ne placent pas au centre les mêmes valeurs ni les mêmes idéaux. Il est important que les professionnels puissent se remettre en question sur leurs émotions leurs nos ressentis voire sur les éventuels transferts.

Conclusion

Ainsi la mise en place d'un débat éthique a lieu lorsqu'il y a une des valeurs éthiques mises en question. La démarche éthique vise à choisir ensemble la voie la moins néfaste pour l'enfant. Elle entend donc l'éthique de responsabilité avec les bénéfices et les risques et l'éthique de discussion pour avoir un regard sur les choix de l'enfant, de sa famille et des professionnels.

RÉSUMÉ

L'exercice de la profession infirmière expose à des situations diverses et variées. La prise en soin de patients présentant des troubles de la communication peut parfois être difficile. Au cours de ma deuxième année de formation, j'ai réalisé un stage en pédopsychiatrie durant lequel j'ai été confrontée à une situation où un enfant présentait un mutisme extra-familial et des troubles du spectre autistique. Cette situation m'a questionnée sur ma pratique soignante ainsi que sur les compétences et le rôle des expériences pour accompagner cette enfant. J'ai donc choisi de m'interroger sur l'influence des compétences et des expériences infirmières en pédopsychiatrie. Ma question de départ fut la suivante : « En quoi les expériences et les compétences de l'infirmière en pédopsychiatrie influencent sur le prendre soin du jeune enfant (3-6ans) ayant des troubles de la communication et de la relation ? ».

Tout d'abord, j'ai recherché des savoirs théoriques sur le développement de l'enfant « sain » ce qui me paraissait être un préalable nécessaire. Puis je suis passée à la recherche de savoirs concernant la pédopsychiatrie et les soins qui y sont prodigués. Par la suite, j'ai recherché des données sur le rôle soignant en m'intéressant davantage aux compétences, aux attitudes et au rôle de l'expérience. Pour compléter mes apports théoriques, je me suis appuyée sur trois entretiens exploratoires que j'ai réalisés auprès d'infirmières exerçant en pédopsychiatrie. L'objectif central de ces entretiens était de recueillir le vécu des soignants et leur façon de concevoir la pratique infirmière auprès d'enfants en souffrance psychique. À l'issue de ces entretiens, j'ai pu repérer des idées communes avec mon cadre théorique, mais aussi de nouvelles idées ou concepts qui m'ont amené à de nouvelles recherches. J'ai par la suite pu réaliser un maillage entre mes données théoriques et mes données empiriques. Il en a émergé que l'adaptation à l'enfant est centrale et le soignant l'accompagne par la fusion de ses compétences et de ses expériences. L'objectif étant toujours d'accueillir l'enfant et sa souffrance afin d'atténuer au maximum cette dernière. J'ai donc pu apporter des précisions à ma question de départ et être en mesure de proposer une problématique de recherche qui est la suivante : « En quoi les troubles de la communication du jeune enfant en pédopsychiatrie vont influencer le savoir, le savoir-faire et le savoir-être de l'infirmier ? »

Mots-clés : Communication – Enfance - Pédopsychiatrie – Compétences – Expérience – Prendre soin