

**Travail de fin d'études – Diplôme d'Etat Infirmier**

**L'atelier thérapeutique... divertir pour soigner**



Unité d'enseignement 5.6. S.6

Analyse de la qualité et traitement des données scientifiques et professionnelles

Date de rendu : 24/05/2020

Directrice de mémoire : Mme BORY Martine

*Il s'agit d'un travail personnel effectué dans le cadre d'une scolarité à l'IFSI de l'ERFPP du GIPES d'Avignon et du Pays de Vaucluse, il ne peut faire l'objet d'une publication en tout ou partie sans l'accord de son auteur et de l'IFSI.*

# **REMERCIEMENTS**

Je tiens à remercier tout particulièrement ma directrice de mémoire Madame BORY Martine qui a fait montre de patience et de disponibilité. Qui en outre m'a soutenu tout au long de ce travail.

Une attention particulière à ma référent pédagogique Madame TUFFET Blandine qui tout au long de ces trois années m'a accompagné, et soutenu.

Merci aussi aux Cadres Formateurs et aux Intervenants de l'IFSI pour nous avoir transmis des valeurs qui nous suivront durant toute notre vie professionnelle.

Je remercie sincèrement tous les professionnels de santé que j'ai rencontrés pendant mes stages et qui m'ont tellement apporté. Ainsi que ceux qui ont répondu à mon questionnaire et ont par ce fait concouru à ce travail.

Merci à mes ami(e)s de promotion pour tous les merveilleux moments que nous avons partagés

Enfin un grand merci à ma famille pour son soutien inconditionnel, notamment ma mère, mon père et ma sœur pour leurs relectures, leurs sages conseils et leur indéfectible dévouement.

# TABLE DES MATIERES

1. INTRODUCTION .....	1
2. DE LA SITUATION D'APPEL A L'ELABORATION DE LA QUESTION DE RECHERCHE .....	3
3. LES MOTS CLES .....	11
3.1. Historique de la pédopsychiatrie .....	11
3.2. Psychopathologie de l'enfant :.....	14
3.3. Les soins infirmiers en pédopsychiatrie et législation .....	21
4. LE CADRE CONCEPTUEL.....	27
4.1. Les ateliers à médiations thérapeutiques.....	27
4.1.1. Théorie des notions de phénomènes et d'objets transitionnels (WINNICOTT).....	27
4.1.2. Définition et principes des ateliers à médiations thérapeutique .....	32
4.1.3. L'écriture du projet d'atelier .....	38
4.2. L'Atelier thérapeutique, un espace de soin propice à la rencontre de soi et de l'autre .....	42
4.2.1. Penser le soin pour panser les maux.....	42
4.2.2. La relation enfant/infirmière/groupe : l'engagement créative de l'infirmière.....	45
4.2.3. Les processus thérapeutiques de transformation chez l'enfant.....	53
5. LA PHASE EXPLORATOIRE.....	54
5.1. Méthodologie de la phase exploratoire.....	54
5.1.1. La démarche .....	54
5.1.2. Modalités.....	54
5.2. ANALYSE .....	55
5.2.1. Analyse de l'entretien .....	55
5.2.2. Synthèse de l'analyse des réponses de l'infirmière .....	59
5.3. Question de recherche.....	60
5.3.1. Cadre conceptuel .....	60
5.4. Conclusion de l'enquête.....	70

6. CONCLUSION .....	71
7. ANNEXES.....	73
ANNEXE 1 .....	73
ANNEXE 2 .....	74
ANNEXE 3 .....	78
ANNEXE 4 .....	79
ANNEXE 5 .....	81
8. BIBLIOGRAPHIE.....	82

## 1. INTRODUCTION

Avant même d'aborder mon cursus de formation en soins infirmiers, j'ai toujours été émerveillé par l'effet du soin. En effet dans son application physique, celui-ci est en mesure de réparer de façon spectaculaire le fonctionnement du corps. Et en novice que j'étais cela avait parfois un côté magique. Nul doute que j'y ai puisé les prémises de ma motivation. Ma conception du soin ne reposait que sur du constat pratico-pratique, prendre un cachet de paracétamol calmait les maux de tête, une vue simpliste mais néanmoins fascinante. Mon entrée à l'IFSI allait bouleverser tout cela. Le soin démystifié me fut dévoilé tout au long de ses années, et allait m'apparaître dans la lumière de sa pure logique. Toutefois cela ne signifiait pas pour autant que définir le soin soit aisé, au contraire, c'est appréhender une notion multiforme et multidimensionnelle. Ce sont des éléments que l'on assimile tout au long de notre apprentissage, qui est un judicieux mélange de théorie et de pratique. J'ai en mémoire mon premier stage en EPHAD, lors de la première année, une véritable redéfinition de certaines convictions. Finit la vision des grands parents véritables puits de gentillesse, de sagesse et de tendresse, vers qui enfant on se tournait volontiers pour trouver protection et compréhension. Ce premier passage dans le monde professionnel, m'a vraiment interpellé, j'y découvrais la maladie, la souffrance, la vulnérabilité, la dépendance qui pouvait toucher nos anciens, mais aussi l'importance du soin dans sa diversité, même si à mon niveau, c'était encore plus du ressenti que de la connaissance intellectuelle. C'est au fil des mois que ma réflexion s'est construite et développée. J'ai notamment découvert la dimension psychique et psychologique du soin. Celle-ci se traduit pour les pathologies d'ordres physiques par un accompagnement du patient, le soin dans son application transparait aussi par la posture du soignant, le savoir être, et la communication, ne pas infantiliser les malades, avoir de l'empathie, être à l'écoute, leur parler, leur expliquer, les rassurer... . Je prenais la mesure de l'étendue des champs d'application des soins à travers les différents stages dans les différents services. Aussi et surtout je prenais conscience de notre rôle et de l'importance de notre implication même quand les résultats escomptés étaient minimes. Si ces relations équipe soignantes/soignés sont bijectives, elles nourrissent aussi nos convictions et conforte mon choix professionnel malgré la dureté de certaines situations.

Un des faits marquants de ma formation fut le stage que j'ai effectué dans un hôpital de jour à la fin de ma deuxième année, qui accueillait de jeunes enfants atteints de pathologie d'ordre psychiatrique. Je découvrais une autre dimension du soin et des outils utilisés. En pédopsychiatrie, les missions de l'infirmier sont différentes de celle d'un service technique. Le soin est réalisé d'une toute autre manière. Celui-ci est fait, avec des outils bien spécifiques, à des enfants ayant parfois une nomination psychopathologique commune à d'autres mais dotés leurs propres particularités et différences. Ce qui nécessite du soignant qu'il s'adapte constamment. Entrer en relation avec des enfants est une mission délicate, complexe, mais enrichissante.

Parmi les soins élaborés, les ateliers thérapeutiques, auxquels, j'ai assisté, puis participé et enfin animé, m'ont posé questions. Comment est choisi cet outil et sur quels critères ? En quoi une activité est-elle un soin ? Comment une activité culinaire peut-elle aboutir sur des éléments bénéfiques pour ces enfants qui présentent des troubles du comportement ou des acquisitions ou de l'attention ? Ce sont ces zones d'incompréhension qui sont à l'origine du travail qui suit. C'est pourquoi, dans le cadre de mon travail de fin d'étude, j'ai choisi de porter ma réflexion sur les ateliers à médiations thérapeutiques en pédopsychiatrie

Je vous présenterai en premier lieu ma question de départ issue d'une activité dirigée lors d'un stage, et j'en dégagerai une problématique. Dans un second temps nous étudierons les éléments clés. A partir de cette étude j'exposerai les concepts qui en découle, afin que cet exposé génère une question de recherche qui puisse déboucher sur une théorie que nous essaierons d'étayer.

## 2. DE LA SITUATION D'APPEL A L'ELABORATION DE LA QUESTION DE RECHERCHE

- **Description des situations d'appel**

### **Situation 1 : Déroulement de l'atelier conte par les infirmières**

L'atelier conte se déroule dans une salle dédiée aux jeux. Cette pièce qui permet aux enfants de jouer avec des petites balles, leur sert aussi à se relaxer sur des petits matelas. En effet, durant la première semaine, et à plusieurs reprises au cours de mon stage j'ai pu assister à l'atelier Conte. Celui-ci a pour objectif de découvrir, d'expérimenter et de comprendre les différentes émotions à travers la mise en scène d'un personnage. Être dans l'interaction avec l'autre, suivi d'un temps consacré aux dessins à la fin de l'atelier. Ce qui permet aux patients de libérer les émotions vécues durant le soin.

J'ai assisté à cet atelier un jeudi matin, au côté de deux infirmières. Parmi les deux référentes, il y a celle qui dirige l'atelier, et l'autre occupe la fonction d'observatrice durant le soin et à ce titre n'intervient pas. La directrice de l'atelier, va s'attacher à poser le cadre, expliquer l'histoire qui va être jouée, distribuer les rôles de chacun, et participer en faisant fonction de narrateur. Il y a cinq enfants participants, qui ont chacun des troubles psychopathologiques différents. Notamment des troubles du comportement, un retard mental, ou des troubles du spectre autistique. Une fois réunie, nous nous mettons en cercle en nous donnant la main. Ce faisant à tour de rôle, nous disons bonjour ainsi que notre nom et le rôle que l'on va jouer. Ensuite l'infirmière présente l'histoire choisie, à savoir les trois petits cochons. Chaque enfant tente du mieux possible d'interpréter leur personnage. J'ai été particulièrement étonné par deux enfants que je nommerai Jacques et Franklin.

Jacques, âgé de huit ans, est atteint de troubles précoces du développement, avec un retard de la communication non verbale. C'est un enfant fuyant qui recherche l'isolement et qui a pour habitude d'être replié sur lui-même. Cependant il pouvait à travers l'interprétation de son rôle se sociabiliser, et masquer cette sensation de repli qui émanait de lui. Il s'est astreint à participer et s'est investi dans son rôle pour jouer avec les autres enfants.

Franklin, âgé de neuf ans, est atteint de trouble du spectre autistique. C'est un enfant qui a eu cependant du mal à interpréter son rôle comme l'ont fait les autres enfants. En effet Franklin, est une personne qui présente une hypersensibilité tactile. J'ai constaté qu'il pouvait communiquer par l'émission de grands cris et des échanges avec écholalies. Le contact visuel est très furtif, il ne fixe pas le regard de l'autre. Il reste très souvent seul en jouant dans son coin. Franklin a eu des difficultés à tenir son rôle du début à la fin. Communiquant très peu, il est difficile de savoir si les consignes sont bien comprises. En effet ce dernier avait du mal à se repérer dans l'histoire, s'élancer en tant que loup et aller souffler sur les maisons des trois petits cochons. Malgré qu'il soit guidé par l'infirmière qui se tenait à ses côtés et qui lui donnait toutes les instructions nécessaires pour réaliser ces actions. Au même moment, je me suis aperçu qu'un événement imprévu est ressenti différemment par les enfants. Mon attention se porta en premier lieu vers Jacques qui semblait un peu perdu avec un regard dans le vide, que j'ai interprété comme un appel au questionnement sur la situation et à l'interpeller sur ce qu'il se passe. A contrario, l'un des enfants présents essaie de l'aider en disant à sa manière qu'il était le loup et montrant par la gestuelle ce qu'il devait faire. A la suite de cette intervention et avec l'aide de l'infirmière qui resta près de lui tout au long de la scène il a pu jouer le rôle du loup. Une fois le conte fini, les enfants se réunissent autour d'une table avec l'infirmière pour faire un dessin en lien avec le conte joué. Une fois achevé, à tour de rôle ils présentent et expliquent leurs dessins. Le tour de table effectué, ils terminent la séance en disant "aurevoir" marquant de façon significative la fin de l'atelier. Nous quittons ensuite le lieu.

## **Situation 2 : Déroulement de l'atelier peinture par une infirmière et une intervenante**

Le lundi, en début d'après-midi, durant mon stage, j'ai pu assister à un atelier qui se nomme « Atelier peinture ». Cet atelier demande l'intervention d'une personne extérieure que je nommerai Maryline qui est spécialisée dans le dessin et qui intervient dans d'autres structures et écoles. Cet atelier réunit cinq enfants et une infirmière que j'appellerai Christine, qui le dirige chaque semaine. Cependant cette semaine-là, l'infirmière référente était malade, elle fut remplacée par une autre que j'appellerai Samantha. Tout se déroule dans une pièce fermée contenant le matériel, ainsi qu'une grande table où chaque enfant se met l'un en face de l'autre en respectant l'espace adéquat pour leur réalisation. Ce jour-là, le thème est de créer un

personnage le plus réaliste possible, ce dernier étant expliqué par l'intervenante. J'avais pu remarquer que contrairement aux autres ateliers, celui-ci était dirigé par l'intervenante et non pas par l'infirmière. Celle-ci devenant de ce fait la co-médiatrice. Dans l'ensemble, cet atelier est apprécié des enfants, et j'ai remarqué qu'au début le changement d'infirmière n'était pas gênant. Chaque enfant s'appliqua à suivre les consignes jusqu'au moment où l'un d'eux ne voulait plus faire le dessin imposé mais lui substituer celui d'une voiture. Maryline lui expliqua que ce n'était pas le thème du jour et qu'il devait faire ce qui était demandé. L'enfant s'exécuta pendant un court instant, tout en commençant à montrer des signes de début d'instabilité motrice et psychique, sur son dessin, en faisant de grands mouvements suivis de commentaires oraux qui attira le regard de ceux qui essayait de se concentrer sur leur création. L'infirmière intervint pour tenter de calmer cet enfant. Il reprit son activité avec elle puis tout seul. Seulement quelques minutes après il recommença à s'agiter tout en ne voulant plus faire le dessin. Il se leva de sa chaise. L'infirmière indiqua à l'enfant qu'il allait être mis dans une pièce voisine s'il continuait à faire du bruit et à ne pas écouter. Elle le fit assoir pour qu'il reprenne calmement l'activité. Hélas il récidiva et l'infirmière n'eut d'autre choix que de faire appliquer ce qu'elle lui avait dit et de le mettre à l'écart du groupe pour qu'il puisse se poser psychiquement et physiquement. Une fois dans l'autre pièce ce dernier écouta l'infirmière qui était retournée dans la salle où se déroulait l'atelier tout en laissant la porte ouverte mais au bout de quelques minutes, l'enfant puni commençât à taper des pieds et faire beaucoup de bruit. Elle retourna alors le voir afin de lui expliquer fermement avec un langage adapté à sa capacité de compréhension que ce comportement était inadmissible et qu'il devait stopper immédiatement. Pour éviter que cette situation se reproduise, elle me demanda de rester auprès de lui le temps que la séance se finisse. Au bout d'un quart d'heure, la séance était finie. Un débriefing avec l'intervenante a été réalisé. En effet, la réaction de cet enfant a fortement surpris les deux adultes. Il apparaît que cet enfant a été bouleversé par l'absence de celle avec qui il était peut-être en dualité. Effectivement, ce comportement ne s'est jamais produit en présence de Christine. Toutefois les actions de cet enfant n'ont pas provoqué d'anxiété, ni dissipation chez les autres enfants. Ils ont continué leur activité encadrée par l'intervenante. Une fois finie, l'œuvre est présentée, le matériel est nettoyé et fin du soin.

### **Situation 3 : Présentation du projet de l'atelier cuisine à l'hôpital de jour**

*« La cuisine est étroitement liée à l'alimentation. La nourriture est source de bien être, éveille les sens, apporte l'énergie vitale et porte une part affective par la référence au lien à la mère »* (Protocole de soin de l'atelier cuisine hôpital de jour)

Il s'agit d'un soin individuel à visée éducative et psychothérapeutique. Cet atelier est un support dans l'observation soignante et un médiateur dans la relation soignant/soignée. C'est un espace de plaisir dans un cadre sécurisant et enveloppant.

L'atelier cuisine est ouvert aux enfants accueillis à l'hôpital de jour. L'indication est pensée en équipe pour être ensuite posées par le médecin de la structure pour 10 mois.

Objectifs :

- Permettre d'éprouver du plaisir et faire plaisir à l'autre
- Favoriser l'échange, la communication
- Garder une trace mnésique
- Développer l'estime de soi et revalorisation
- Développer la curiosité, l'appétit
- Développer le goût de l'apprentissage scolaire, lecture, écriture, le calcul
- Observer l'enfant au travers du média cuisine
- Travailler la concentration
- Soutenir l'autonomisation
- S'organiser dans le temps et dans l'espace
- Développer la dextérité, le sens de l'anticipation
- Eveiller les sens : goût, odorat, touché, reconnaissance visuelle
- Découvrir la notion de transformation des aliments

L'activité entre dans le champ d'application de l'arrêté du 29 septembre 1997 et le TIAC. Elle a lieu au sein même de la structure dans la cuisine. Les portes sont fermées pour favoriser la concentration. L'écriture de la recette se fait dans une autre salle qui sert habituellement à l'orthophoniste. Une référente de l'atelier est nommée, il s'agit d'une infirmière. Cet atelier accueille un enfant. Une prescription médicale pour l'année valide le projet thérapeutique personnalisé.

L'atelier se déroule de 10h30 à 12h le lundi matin puis a été reconduit le mercredi matin aux mêmes horaires. Le déroulement de cet atelier se compose ainsi :

- La préparation : se laver les mains, revêtir le tablier puis lire la recette avec la préparation des ingrédients et des ustensiles.
- Le déroulé de la recette
- Ranger et nettoyer les ustensiles et les surfaces pendant la cuisson du produit.
- Coller la photo de la séance précédente sur un cahier et retranscrire la recette qui vient d'être réalisée
- Réfléchir et échanger pour terminer par « que feront-nous lundi prochain ? »

Le produit fini est proposé pour le repas thérapeutique aux enfants présents. C'est l'enfant qui participe à l'atelier qui sert, soutenu par la référente.

L'Evaluation consiste à :

- La transmission individuelle et écrite sur le dossier de l'enfant
- Bilan en « réunion de synthèse » de l'enfant
- Bilan annuel en « journée d'étude »

#### **Situation 4 : Animation de l'atelier et de son déroulement par moi-même**

Je suis chargé de diriger l'atelier cuisine sans la présence de l'infirmière. Ce jour-là, Adeline est prévenue de ce changement. Elle se montre enthousiaste de réaliser l'atelier avec moi. Ma présence régulière au sein de la structure et des activités notamment l'atelier cuisine, a permis à Adeline de me repérer et de créer un lien rassurant et sécurisant. Par la suite, elle m'appelle par mon prénom et demande à aller à l'atelier cuisine. Adeline semble très enjouée et montre quelques signes d'impatience. Lorsque nous sommes à l'atelier, Adeline conserve le même engouement lorsque je lui explique les tâches à réaliser. Ainsi je lui explique que nous allons procéder à la réalisation d'un gâteau au yaourt. La recherche d'une recette pour Adeline fut un travail assez minutieux .je devais trouver une préparation simple et illustrée adaptée aux acquisitions actuelles d'Adeline afin qu'elle puisse se repérer et effectuer la préparation de manière autonome. Elle commence à travailler mais à tendance à s'éparpiller. Je recentre

Adeline, en lui rappelant le cadre de l'atelier, et les conditions de réalisation de manière bienveillante et posée. Adeline entend mes consignes et semble s'y conformer. Elle exécute par la suite ses tâches en se montrant attentive, toutefois il est nécessaire par moment de la recentrer sur ce qu'elle fait.

Lors de la réalisation de l'atelier, j'avais le souci de le mener dans de bonnes conditions autant qu'aurait pu faire l'infirmière. J'appréhendais tous risques de frustration et/ou de refus d'Adeline de poursuivre l'activité. Je craignais de ne pas pouvoir gérer cela, et être obligé de demander l'intervention de l'infirmière. La non réalisation de l'atelier jusqu'à la réalisation du gâteau par Adeline aurait été un échec, et je ne me serais pas senti assez contenant et sécurisant.

L'atelier s'est bien déroulé. Adeline a bien participé du début jusqu'à la fin de l'atelier.

Je constate une diminution des difficultés présentées par Adeline. Elle montre une amélioration au niveau de la dextérité, du langage, de son comportement et de ses préférences alimentaires, après sollicitation soignante. Ces efforts restent à poursuivre.

- **Analyse, questionnement et élaboration de la question de recherche**

Ces situations ont évoqué en moi plusieurs questionnements :

- Comment le projet d'un atelier avec des techniques à médiation est élaboré, sur quels éléments s'appuie-t-il ? Comment s'inscrit-il au sein de l'institution ?
- Comment la médiation est-elle choisie ?
- Qu'est-ce qu'un atelier thérapeutique ? En quoi est-il différent d'une activité ?
- Quels sont les enjeux des médiations au sein d'une relation enfant/ soignant ?
- Quels sont les enjeux et phénomène sous-jacents qui se passent au sein de cet atelier ?
- Qu'est ce qui permet à un atelier à médiation d'être contenant et sécurisant pour l'enfant ?
- Que veut dire ' fonction contenant ?
- Comment la relation entre l'enfant et le soignant (l'infirmier) se structure, évolue, interagit dans le groupe thérapeutique à médiation ?

- Comment un infirmier se positionne dans un atelier ?
- Comment constater l'efficacité de l'atelier thérapeutique ?
- Quels sont les limites que l'on peut constater pour les enfants et les soignants au sein de cet atelier ? (En dehors des moyens et du matériel ? Quels peuvent être les difficultés rencontrées ? Comment les surmonter ?

### **Cheminement :**

« Dessine-moi un mouton (...). Je dessinai. Mon ami sourit gentiment avec indulgence « tu vois bien, ce n'est pas un mouton, c'est un bélier. Il a des cornes. Je refis donc mon dessin mais il fut refusé comme les précédents (...). Je griffonnais ce dessin ci et je lançais : « ça c'est la caisse. Le mouton que tu veux est dedans ». Mais je fus bien surpris de voir s'illuminer le visage de mon jeune juge. « C'est tout à fait comme ça que je le voulais » (...) et c'est ainsi que je fis la connaissance du petit prince. » (Le petit Prince, Antoine de SAINT EXUPERY, page 12 à 14).

« L'activité est capitale pour le développement de tout individu, c'est par l'activité qu'il Ose forme, s'entretien, se développe... »

([https://www.cemea.asso.fr/IMG/pdf/4\\_Activite\\_mediation.pdf](https://www.cemea.asso.fr/IMG/pdf/4_Activite_mediation.pdf))

Les activités thérapeutiques occupent une place prépondérante dans les unités de pédopsychiatrie, ancrées dans un dispositif de soins au sein d'un cadre institutionnel. Ces pratiques ont recours à un objet, à une activité spécifique autour desquels va se construire l'atelier induisant la mobilisation de la souffrance psychique. Ils offrent aux enfants en souffrance, une contenance bien spécifique leur permettant de déployer leurs angoisses en toute sécurité. Ces ateliers, sont pensés, élaborés, projetés, visant à soigner, à soulager, mais pas de n'importe quelle manière. L'équipe soignante, et l'infirmier(e) ont un rôle prépondérant et non négligeable au sein des ateliers. « Ce qui soigne c'est d'abord et avant tout la rencontre avec un soignant et la mise en jeu d'un champs transférentiel ». (Bernard CHOUVIER, Dans Le Carnet PSY 2010/1 n° 141, pages 32 à 35° ;

Au sein de l'atelier, l'infirmier(e) doit parvenir à trouver un juste milieu entre la rigueur d'un cadre fixe et l'élaboration d'une créativité prépondérante à une émergence d'une relation. « Le cadre n'est rien d'autre qu'une coquille vide, s'il n'est pas habité. Il ne reste, dans ce cas-

*là, que des règles et des consignes abstraites et dépourvu d'affects si elles ne sont pas incarnées et investi par les soignants. De même la pure mise en œuvre de la créativité du sujet sans appui ni limitation risque d'aller vers des débordements dommageables et une excitabilité accrue qui aboutit aux effets inverses de ceux désirés » (Revue Santé mentale n°111, octobre 2006, article Un cadre pour les médiations, Bernard CHOUVIER, page 30 à 33).*

Au cours de mon stage j'ai eu l'opportunité de participer à des ateliers thérapeutiques en qualité d'observateur mais aussi de médiateur ou de co-médiateur. J'ai pu constater le travail conséquent réalisé en amont pour la mise en place de ces ateliers. J'ai remarqué les multiples effets bénéfiques que cela procurent aux enfants. Je me suis interrogé sur ma position en tant que médiateur lors d'un atelier cuisine. Je me suis rendu compte qu'établir un cadre fixe tout en veillant à susciter un intérêt chez l'enfant dont j'avais la charge, n'était pas chose aisée. Cela m'a demandé un important investissement psychique afin de créer un lien, une émergence de relation, d'expression, et de réalisation qui s'est avéré bénéfique, puisque l'enfant, dont je m'occupais, était disposée à « l'activation d'une dynamique de création ».

### **Toute cette réflexion m'a permis d'énoncer la problématique suivante**

Les médiations thérapeutiques s'inscrivent dans un dispositif de soin qui nécessite une rythmicité cadrant permanente porteuse pour l'enfant mais qui oblige l'infirmier(e) médiateur à « *inventer constamment le soin* »

### **Cette problématique m'amène à modifier ma question de départ et aboutit à la question de recherche suivante :**

En quoi la posture de l'infirmier(e) renforce-t-elle l'effet thérapeutique des ateliers à médiation ?

### 3. LES MOTS CLES

#### 3.1. Historique de la pédopsychiatrie

Avant le XIXème siècle, la prise en charge de l'enfant reposait essentiellement sur des principes éducatifs. « *Avant le 19ème siècle, il n'y a pas de spécificité concernant les enfants, au niveau de la discipline comme au niveau de la prise en charge dans les hôpitaux.* » (Histoire de la pédopsychiatrie en France De Pinel à Heuyer – 1809-1937). La psychiatrie adulte et infantile n'était pas différenciée à l'époque. Ce sont surtout les adultes qui ont fait l'objet de l'attention de l'autorité et notamment pour des objectifs d'ordre public plutôt que sanitaire. « *C'est toutefois principalement la psychiatrie des adultes qui a suscité l'intérêt, la situation de la psychiatrie des mineurs ayant été relativement peu étudiée en tant que telle.* » (Situation de la psychiatrie des mineurs en France, Rapport d'information n° 494 (2016-2017) de M. Michel AMIEL)

Les prémices de la pédopsychiatrie débutent au XIXème siècle, avec la découverte d'un jeune enfant n'ayant pas accès au langage. Le médecin J. ITARD essaie de traiter "Victor", l'enfant sauvage et entreprend sa rééducation. Suite à cela, les travaux d'Itard sont repris, puis au fur et à mesure la pathologie mentale des enfants commence à susciter l'intérêt de nombreux médecins psychiatres. Le médecin J-E. ESQUIROL fera le lien avec la toute nouvelle psychiatrie en introduisant une notion de soin dans les années 1830, il fait partie de la Commission chargée des travaux préparatoires de la loi sur l'internement que l'on nommera loi du 30 juin 1838. Dont l'article premier fait obligation aux départements d'ouvrir un établissement pour recevoir et soigner les *aliénés*. Là maladie mentale qui est traitée chez l'enfant est l'idiotie, et des institutions spécialisées vont s'ouvrir (*l'école orthophrénique de FALRET et VOISIN, l'école pour idiots de SEGUIN, l'institut médico-pédagogique de BOURNEVILLE... etc.*). En 1888, J. MOREAU publie le premier "*traité de psychiatrie de l'enfant*"... »

Au XXème siècle, le regard porté par les médecins et les psychologues tels que PIAGET, Edouard CLAPARET, et les psychanalystes comme FREUD, Anna FREUD, Mélanie KLEIN, et WINNICOTT vont améliorer la prise en charge des troubles des enfants en adaptant les techniques issues de la psychanalyse « *Les théories psychanalytiques de*

*FREUD* ». Sous l'impulsion de Mélanie KLEIN et Anna FREUD la psychanalyse infantile voit le jour dans les années 1930. Ce qui permettra la création des centres de guidance, des centres médico- psycho- pédagogiques. De nombreuses recherches seront faites et maints rapports sur le développement de l'enfant seront élaborés. C'est aussi l'apparition des médiations thérapeutiques comme par exemple : l'approche thérapeutique par le jeu, établit par Mélanie KLEIN « le jeu est, selon elle, un moyen pour l'enfant d'exprimer ses désirs, ses fantasmes et ce qu'il a déjà vécu de manière symbolique. Le jeu permet aussi à l'enfant de canaliser son angoisse tout en étant une source de plaisir. ». (<http://bts-gemeau.fr/la-therapie-par-le-jeu-en-quoi-le-jeu-peut-il-aider-voire-soigner-les-enfants-malades>). Cette approche sera approfondie par WINNICOTT. Ce dernier introduira par la suite les « *concepts d'objets transitionnels et d'espace potentiel* » (D.W. WINNICOTT, Rémi BAILLY Dans *Enfances & Psy* 2001/3 (no15), pages 41 à 45). Il décrit le jeu comme moyen d'asservir les contraintes de la réalité aux pulsions de l'enfant et permet « *la réalisation l'intégration de la personnalité* ». (D.W. WINNICOTT, Rémi BAILLY Dans *Enfances & Psy* 2001/3 (no15), pages 41 à 45). PIAGET introduira la notion de jeu symbolique : le jeu du faire semblant.

D'autres faits marquants vont permettre au domaine de la pédopsychiatrie d'évoluer peu à peu. Le docteur HEUYER a créé à Paris le Service de neuropsychiatrie infantile qui constituera le début de la construction du domaine de l'enfance inadaptée. Autrefois réservée à l'examen psychiatrique des délinquants juvéniles, la consultation s'adresse, au cours de l'entre-deux-guerres, à un ensemble plus vaste de familles et d'enfants. La notion d'inadaptation infantile a progressivement évolué sous l'influence de la psychiatrie. En 1950, le Pr. Heuyer reçoit les enfants coléreux, anxieux, nerveux au de la même façon que les enfants souffrant de retard mental profond. Dès sa création, la clinique assure le "tri", le soin et l'orientation des enfants. Georges Heuyer et ses confrères ont élaboré de nouvelles techniques d'investigation pour le diagnostic et les traitements de leurs pathologies, dès les années vingt.

En 1937 se tiendra à Paris le premier congrès international de psychiatrie infantile. Suivra en 1949 la première chaire française de psychiatrie de l'enfant. A la même époque, un service universitaire de pédopsychiatrie ouvre pour la première fois à l'hôpital Necker-Enfants malades avant d'être transféré à la Salpêtrière. Il jouera un rôle capital dans la formation des premiers pédopsychiatres français dont l'action permettra une reconnaissance universitaire

plus large de la discipline. A compter de 1967, de nouvelles chaires de psychiatrie de l'enfant voient le jour

Une approche psychopathologique se construit et crée le « *concept de psychose infantile* ». (Jacques HOCHMANN, Dans L'information psychiatrique 2010/3 Volume 86, pages 227 à 235), incluant l'autisme de KANNERET au développement de soins psychothérapeutiques qui se sont combiné à l'éducation avec des approches multidimensionnelles novatrices, surtout après la seconde guerre mondiale. En France, la pédopsychiatrie de secteur a été un moyen de lutte efficace contre la ségrégation des enfants anormaux.

L'évolution en parallèle de la psychiatrie adulte, l'apparition de la psychothérapie institutionnelle vers 1940, permet « *avec les premières idées françaises de désaliénisme, de conjuguer soins du patient, formation du personnel et humanisation des conditions hospitalières (...)* La psychothérapie institutionnelle considère ainsi que l'environnement hospitalier peut et doit être orienté dans une approche thérapeutique. ». (<http://psychiatriinfirmiere.free.fr/> - <https://www.solidarites-usagerspsy.fr/se-soigner/aides-therapeutiques/psychotherapie-institutionnelle>). L'évolution de la perception de la psychiatrie, plus humaniste a un impact positif sur la pédopsychiatrie. La mise en place de la sectorisation et la création du secteur infanto juvénile par la circulaire de 1972 : « *La circulaire n°443 du 16 mars 1972, relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies et déficiences mentales des enfants et adolescents définit de nouvelles orientations spécifiques. Elle sera complétée par la circulaire D 65 892 MS 1 du 9 mai 1974, prenant en compte les progrès en matière de psychiatrie infanto-juvénile et les différents types de prévention tels qu'ils ont été définis par l'Organisation Mondiale de la Santé, les textes mettent l'accent sur le diagnostic et le traitement précoce. Les modes de cure ambulatoires ou à temps partiel sont considérés comme prioritaires afin de maintenir l'enfant dans son milieu familial et scolaire dans la mesure du possible. L'action de l'équipe doit s'inscrire en liaison avec la famille de l'enfant et les différents services sanitaires, sociaux et éducatifs.* ». (<http://psychiatriinfirmiere.free.fr/infirmiere/infirmier/officiel/guide-service/references-legislatives/psychiatrie-secteur.htm>)

Cette circulaire a favorisé la poursuite de l'évolution de la pédopsychiatrie : Elle établit aussi la spécificité sanitaire de la prise en charge psychiatrique des mineurs. Elle insiste sur le rôle

de la prévention des prises en charge et liste les structures spécifiques permettant d'atteindre cet objectif.

La psychiatrie infanto-juvénile est organisée en secteurs qui couvrent l'ensemble du territoire national et dont la gestion est confiée à des établissements psychiatriques assurant une responsabilité populationnelle. Selon les éléments communiqués à la mission d'information par le ministère de la santé, il existe aujourd'hui 320 secteurs de psychiatrie infanto-juvénile qui prennent en charge environ 600 000 enfants et adolescents jusqu'à l'âge de 16 ans.

Depuis l'année 1980 de nombreux développements théoriques ont été réalisés notamment lors de l'introduction en France de la psychopathologie du nourrisson par le Pr Serge Lebovici. La psychiatrie périnatale et celle des adolescents occupent maintenant une place de plus en plus importante : « *Le repérage et la prise en charge des troubles psychiatriques chez l'enfant et l'adolescent ont connu depuis quelques années d'indéniables progrès avec, notamment, la publication de la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées et l'adoption du premier Plan autisme en 2008.* », (Avis et rapports du conseil économique, social et environnemental, la pédopsychiatrie : prévention et prise en charge 2010. Avis présenté par M. Jean-René BUISSON). Et la psychiatrie des mineurs prend un essor important au plan international.

### 3.2. Psychopathologie de l'enfant :

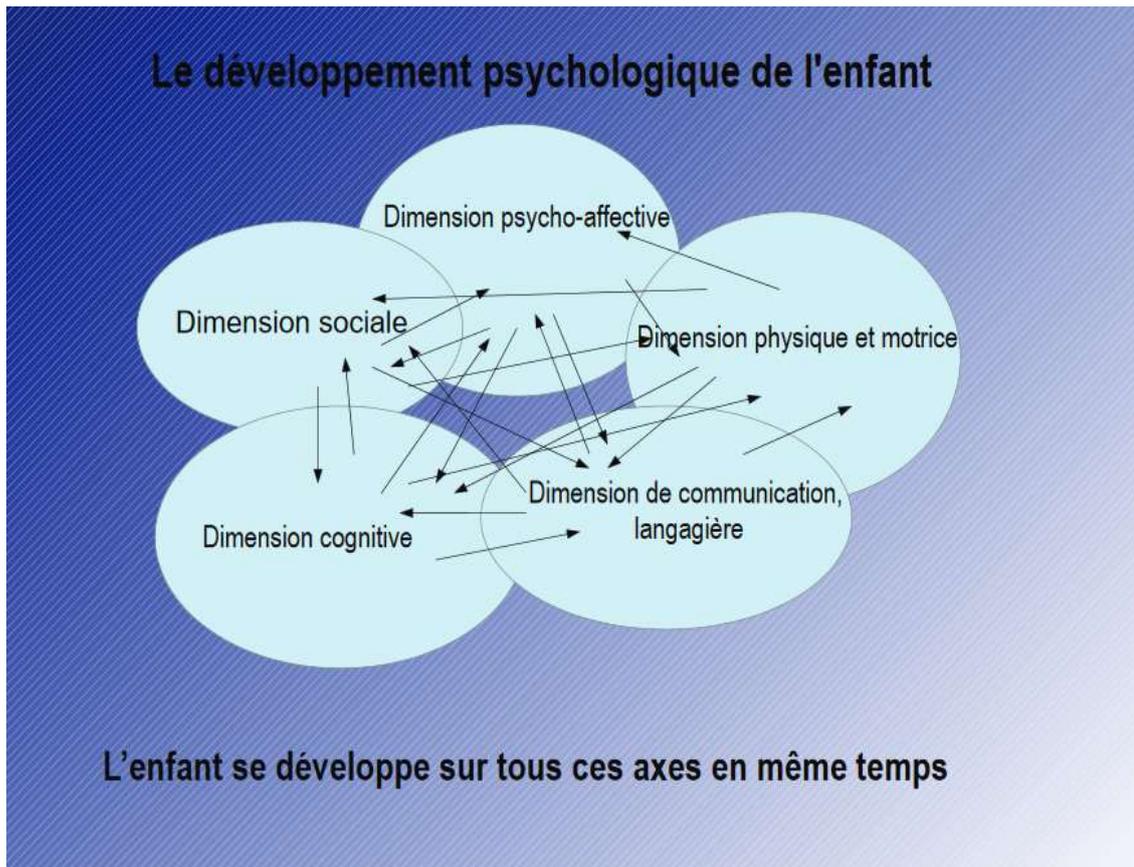
La psychopathologie de l'enfant est décrite comme « *l'étude scientifique et clinique des troubles psychiques (ou troubles mentaux) de l'enfant par la psychologie ou la psychiatrie.* », (Enfance et psychopathologie, Daniel MARCELLI, David, COHEN).

Celle-ci s'appuie sur :

- la psychologie infantile qui est « *une discipline de la psychologie qui a pour objet d'étude les processus de pensée et le développement psychologique et des comportements de l'enfant, de sa naissance à l'adolescence.. Elle prend en compte son environnement.* » (Enfance et psychopathologie, Daniel MARCELLI, David, COHEN).

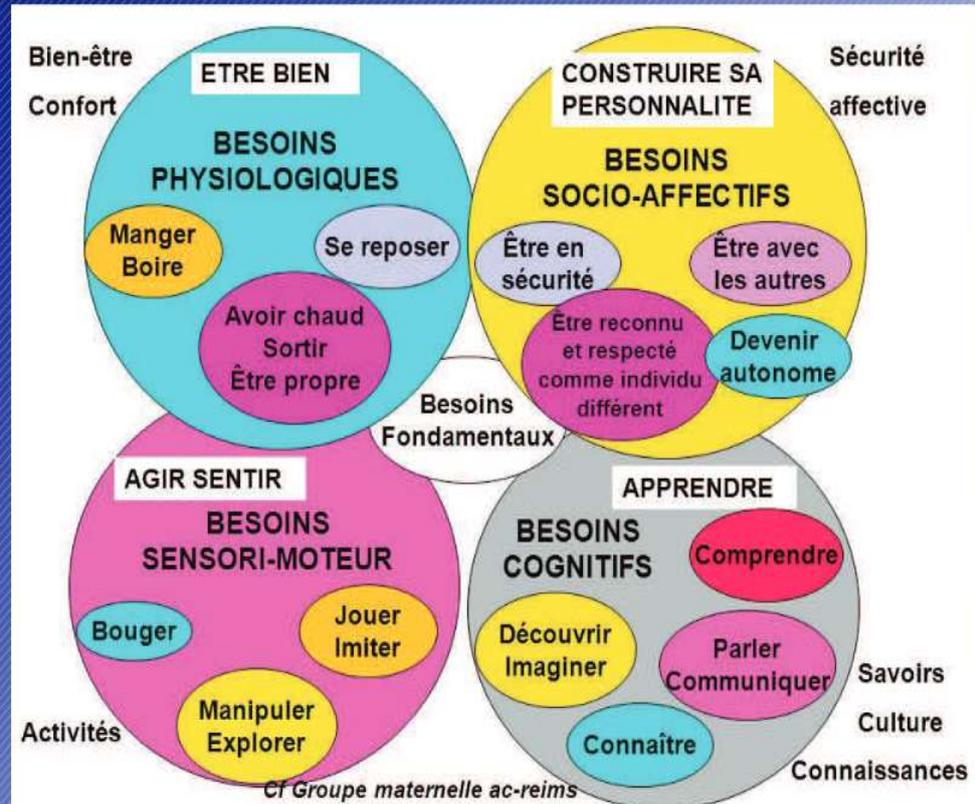
- la psychologie du développement« qui s'intéresse aux changements qui interviennent au cours de l'existence, l'enfance et l'adolescence étant les passages nécessaires vers l'âge adulte. Les 3 courants théoriques majeurs à cette compréhension sont :
  - Le développement de l'intelligence introduit par Piaget, mécanisme d'adaptation de l'individu à son environnement
  - Le développement comme résultant de l'interaction entre le milieu (l'environnement) et la maturation biologique (l'individu), introduit par Wallon
  - Le fonctionnement psychique de l'adulte modelés par les évènements (souvent refoulés, oubliés) vécus dans l'enfance, introduit par Freud (cf. tableau reprenant les 3 théories en annexe) » (Le développement de l'enfant, approche psychopathologique de l'enfant porteur de handicap, <http://www.dsden77.ac-creteil.fr/IMG/pdf/developpement-enfant2.pdf>).

L'enfance est une période où de nombreux processus de développement et de changements s'effectuent et interagissent entre eux.



Dans chaque étape de développement, se trouve des besoins (physiques, psychiques, psychologiques, sensori-moteur...) qui nécessiteront d'être comblés pour que l'enfant puisse construire sa personnalité et accéder aux étapes supérieures de son développement en toute sécurité et dans de bonnes conditions. L'enfant est un adulte en devenir. Aussi plusieurs facteurs interagissent sur le développement physique et psychique de l'enfant. Parmi ces facteurs on retrouve l'environnement social, familial, scolaire de l'enfant qui ont eux aussi un rôle majeur à jouer au sein du développement de l'enfant. Lorsque toutes ces conditions sont réunies (cf. tableau ci-dessous) à chaque étape de développement alors l'enfant va pouvoir accéder à son accomplissement personnel.

## Le développement psychique de l'enfant



Toutefois, si ces besoins ne sont pas comblés, ou si l'environnement qui entoure l'enfant est défaillant, voire les deux, alors le développement global de l'enfant va être altéré. L'atteinte de son développement, peut être infime, ou grave. La perturbation de la construction de la personnalité de l'enfant va entraîner l'apparition de troubles de développement et du comportement bénin (ex : névroses infantiles.) et/ou des troubles psychopathologiques majeurs (ex : psychose infantile avec perte de la réalité...) Par la manifestation de symptômes (ex : angoisses.). Un symptôme est en cela « *un signe fonctionnel, un signe clinique qui représente une manifestation d'une maladie, tel qu'exprimé et ressenti par un patient.* » Il est décrit aussi comme « *une expression d'un conflit inconscient donnant généralement naissance à un phénomène de compromis entre le désir refoulé et les exigences de l'instance refoulant.* », (Le symptôme, N. KOREICHO – Avril 2017,

<https://institutfrancaisdepsychoanalyse.com/chroniques/articles-psy/le-symptome/>

Ces troubles entraînent également des répercussions majeures dans la relation à autrui, les apprentissages scolaires, le développement intellectuel et les conduites. Parfois indélébiles, ils peuvent perdurer jusqu'à l'âge adulte.

La psychopathologie va donc poser le problème de la description des troubles, de la différence entre le normal et le pathologique. Elle porte également sur les critères diagnostiques des troubles et sur leurs classifications. Enfin elle tente d'en comprendre les facteurs qui influencent ou cause des troubles, les mécanismes mis en place et le développement des troubles et tout ce qui permet de proposer des traitements et d'évaluer les pronostics.

Face aux différents symptômes associés à ces troubles psychopathologiques, des classifications vont être utilisés afin de distinguer ces troubles et de pouvoir mettre en place des conduites et des soins adaptés

Parmi toutes celles qui existent, on retrouve trois d'entre elles qui sont le plus utilisées en France.

- La classification internationale des maladies, 10eme version (CIM-10) qui est la classification de l'organisation mondiale de la santé. Elle distingue trois axes, l'axe du diagnostic psychiatrique, l'axe du diagnostic somatique et l'axe des aspects psychosociaux.
- Le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, DSM-5. C'est la plus utilisée en épidémiologie et en recherche clinique. Il s'agit d'une classification à cinq axes, l'axe clinique, l'axe de la personnalité, l'axe du diagnostic somatique, l'axe psychosocial et l'axe du fonctionnement global actuel.
- La classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent (CFTMEA) qui est une classification encore utilisée par de nombreux clinicien en France. Elle propose une approche détaillée sur les troubles mentaux des enfants et des adolescents. Elle se base notamment sur deux axes, l'axe clinique et l'axe des facteurs associés c'est-à-dire qui comprend les facteurs environnementaux

La psychopathologie de l'enfant englobe une large gamme de pathologie comme par exemple :

**Le trouble du comportement** : Celui-ci est décrit ainsi, « *une action non socialisée vient au premier plan comme mode d'expression dans la relation. Celle-ci témoigne, d'une souffrance psychique qui ne peut se dénommer ni même parfois se penser. Une verbalisation peut accompagner les troubles ou même prendre une place prépondérante, mais sa valeur de communication est perturbée.* », (Enfance et psychopathologie, Daniel MARCELLI, David, COHEN, 10<sup>ème</sup> édition Elsevier Masson)

Pour détecter ce type de trouble, une évaluation des symptômes aura lieu et celle-ci portera sur plusieurs aspects : « *leurs modalités d'expression, leurs caractéristiques, leur multiplicité, leur durée, les manifestations qui les accompagnent, leurs modalités de déclenchement et de sédation, les conséquences qu'ils entraînent, leur évolution, leur répétition, leur persistance.* », (Troubles du comportement de l'enfant et de l'adolescent Rédaction : JP VISIER, M MAURY et P BIZOUARD - Relecture : C AUSSILLOUX - Relecture 2008 : JP RAYNAUD .

<http://www.medecine.ups-tlse.fr/dcem3/module03/17.COMPORTEMENT3-F.pdf>).

L'objectif sera alors de permettre à l'enfant de pouvoir s'exprimer à travers ses émotions et sa souffrance de manière socialisée et pour cela en supprimer les troubles. Il sera alors mis en place un traitement. « *Le traitement repose sur l'évaluation de l'enfant, de ses troubles, des interactions avec l'entourage et des signes de gravité* », (Troubles du comportement de l'enfant et de l'adolescent Rédaction : JP VISIER, M MAURY et P BIZOUARD- Relecture : C AUSSILLOUX- Relecture 2008 JP RAYNAUD). Pour ce faire, les différents acteurs tels que le médecin et la famille sont essentiels dans la prise en charge et la prévention du trouble. En effet, une alliance devra être établie avec l'enfant. Elle sera mise en œuvre avec le médecin et la famille, ce qui permettra de pouvoir comprendre la souffrance de ce dernier et de réagir face à sa manifestation. Un apport médicamenteux pourra être aussi employé afin de contenir l'agressivité de l'enfant, son angoisse et son anxiété et maîtriser son instabilité. De ce fait éviter une souffrance prolongée pouvant le mettre à mal.

**Trouble hyperkinétique** : Ce dernier correspond à « *un trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité* ». (Enfance et psychopathologie, Daniel MARCELLI, David, COHEN). Terme employé dans la classification CIM-10. Ce trouble est caractérisé par la manifestation de plusieurs symptômes chez l'enfant tel que des troubles de l'attention, de la perception, du langage, de la mémoire et de la coordination qui entraînent un retard d'apprentissage ou une

incompétence. L'agitation, le manque d'attention mais aussi l'hyperactivité des fonctions motrices des enfants qui vont d'activité en activité, n'est perçu comme faisant partie du trouble que lorsqu'elles deviennent handicapantes pour eux dans leur vie sociale, scolaire et personnelle.

Pour pallier ce trouble il est important pour la famille de s'assurer que l'enfant est une éducation contrôlée et la mise en place de thérapeutique non médicamenteuse. Le traitement par l'administration de médicament tel que le méthylphénidate (médicament connu sous le nom de Ritaline® est le seul pour traiter ce type de trouble) n'est qu'un traitement de deuxième intention.

- **Trouble du spectre autistique ou trouble envahissant du développement :**

Les enfants atteints d'autisme ont en commun l'inaptitude à établir des relations normales avec les personnes et à réagir normalement aux situations depuis le début de leur vie. L'autisme infantile entre dans le cadre des troubles envahissants du développement (Classification internationale des maladies CIM et DSM IV et des psychoses infantiles précoces, classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent).

Ce trouble présente 3 caractéristiques :

- le retrait autistique : absence de contact avec la réalité. Evitement du regard, absence d'échange de mimiques, refus du contact corporel imposé, manifestations d'angoisse si l'on cherche à forcer l'enfant qui se traduit souvent par de l'auto ou hétéro agressivité
- Le besoin d'immuabilité : besoin impérieux pour l'enfant de maintenir stable et inchangé son environnement habituel. Toute perturbation entraîne des manifestations de colère d'angoisse ou de détresse. Entrent dans ce cadre les stéréotypies gestuelles : remuer les doigts devant son visage, marcher sur la pointe des pieds se balancer rythmiquement tourner comme une toupie, utiliser un objet particulier
- Les troubles du langage qui sont constants avec un :  
Retard d'apparition du langage qui ne s'accompagne d'aucune tentative de communication gestuelle ou mimique

Inversion pronominale caractérisée par l'incapacité à utiliser le je  
Utilisation du tu ou du prénom pour se nommer,  
Répétition, écholalie.

Face à ce trouble, une prise en charge précoce va permettre de restreindre au mieux la pathologie en améliorant ses capacités à interagir avec le monde qui entoure l'enfant... Cette prise en charge sera alors pluridisciplinaire et individualisée. Cependant aucune prise en charge médicamenteuse ou non ne permet de guérir de l'autisme.

### 3.3. Les soins infirmiers en pédopsychiatrie et législation

La pédopsychiatrie est une branche de la psychiatrie, qui offre un champ de soin et d'actions médicales, éducatives et pédagogiques aux enfants et adolescents qui souffrent de troubles psychopathologiques.

Les infirmières assument une fonction très spécifique dans les soins au regard de la pathologie et de la souffrance de l'enfant et/ou de l'adolescent dans tous les temps d'accompagnement, activités ou temps de soins. « *Le soin infirmier répond au besoin provoqué par la maladie, rupture de l'équilibre, de l'harmonie, de la santé, traduisant une souffrance physique, psychologique, une difficulté ou une inadaptation à une situation nouvelle, provisoire ou définitive.* », (<https://www.lareponsesopsy.info/Infirmier>).

L'exercice de l'infirmière, son champ de compétences et d'actions sont régis par des législations (décrets...) spécifiques à la profession infirmière. Voici quelques législations concernant l'exercice de l'infirmière en santé mentale :

**Le décret d'actes et d'exercice infirmier** est le Décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux parties IV et V (dispositions réglementaires) du code de la santé publique et modifiant certaines dispositions de ce code ([NOR: SANP0422530D](https://www.legifrance.gouv.fr/nor/SANP0422530D)) Livre III — Titre I : Profession d'infirmier ou d'infirmière

Chapitre I Exercice de la profession — Section 1 Actes professionnels  
(<https://www.legifrance.gouv.fr>).

- Article R. 4311-1

L'exercice de la profession d'infirmier ou d'infirmière comporte l'analyse, l'organisation, la réalisation de soins infirmiers et leur évaluation, la contribution au recueil de données cliniques et épidémiologiques et la participation à des actions de prévention, de dépistage, de formation et d'éducation à la santé.

Dans l'ensemble de ces activités, les infirmiers et infirmières sont soumis au respect des règles professionnelles et notamment du secret professionnel.

Ils exercent leur activité en relation avec les autres professionnels du secteur de la santé, du secteur social et médico-social et du secteur éducatif.

- Article R. 4311-5

Dans le cadre de son rôle propre, l'infirmier ou l'infirmière accomplit les actes ou dispense les soins suivants visant à identifier les risques et à assurer le confort et la sécurité de la personne et de son environnement et comprenant son information et celle de son entourage :

- 1° Soins et procédés visant à assurer l'hygiène de la personne et de son environnement ;
- 2° Surveillance de l'hygiène et de l'équilibre alimentaire ;
- 3° Dépistage et évaluation des risques de maltraitance ;
- 4° Aide à la prise des médicaments présentés sous forme non injectable ;
- 5° Vérification de leur prise ;
- 6° Surveillance de leurs effets et éducation du patient ;
- 40° Entretien d'accueil privilégiant l'écoute de la personne avec orientation si nécessaire ;
- 41° Aide et soutien psychologique ;
- 42° Observation et surveillance des troubles du comportement.

- Article R. 4311-6

Dans le domaine de la santé mentale, outre les actes et soins mentionnés à l'article R. 4311-5, l'infirmier ou l'infirmière accomplit les actes et soins suivants :

- 1° Entretien d'accueil du patient et de son entourage ;
- 2° Activités à visée sociothérapeutique individuelle ou de groupe ;
- 3° Surveillance des personnes en chambre d'isolement ;

4° Surveillance et évaluation des engagements thérapeutiques qui associent le médecin, l'infirmier ou l'infirmière et le patient.

- Article R. 4311-7

L'infirmier ou l'infirmière est habilité à pratiquer les actes suivants soit en application d'une prescription médicale qui, sauf urgence, est écrite, qualitative et quantitative, datée et signée, soit en application d'un protocole écrit, qualitatif et quantitatif, préalablement établi, daté et signé par un médecin :

42° Entretien individuel et utilisation au sein d'une équipe pluridisciplinaire de techniques de médiation à visée thérapeutique ou psychothérapique ;

43° Mise en œuvre des engagements thérapeutiques qui associent le médecin, l'infirmier ou l'infirmière et le patient, et des protocoles d'isolement.

L'infirmière est amenée à prendre en charge des enfants et des adolescents de quelques semaines jusqu'à 18 ans. Elle travaille avec la collaboration d'une équipe pluridisciplinaire composée d'un médecin pédopsychiatre, d'un cadre de santé, d'infirmiers, d'éducateurs spécialisés, d'une psychomotricienne, une psychologue, d'une assistante sociale, d'aides-soignantes ...

Chaque corps de métiers spécifiques va apporter leurs savoirs, savoir-faire, savoir être et observations, qui vont avec ceux de l'infirmière contribuer à l'accompagnement de la construction psychique de l'enfant.

L'infirmière par sa fonction participe à :

- L'accueil de l'enfant et de sa famille. Par son rôle de référente, elle va contribuer à établir un lien entre la structure de soin accueillant l'enfant et sa famille (ses parents). Le but est de restaurer, maintenir le lien avec ce dernier mais aussi d'inclure la famille dans la prise en soin de l'enfant, de les rendre acteurs de son bien-être et de son processus de construction psychique. L'implication des parents est très importante, l'enfant a besoin d'eux pour pouvoir se construire.
- L'accompagnement et à la mise en travail autour de la séparation entre l'enfant et sa famille quand le lien est trop fusionnel pour permettre l'individualisation de l'enfant

- L'accompagnement de la famille
- La réalisation de visites à domicile quand cela est possible afin d'observer le comportement de l'enfant au sein de son environnement familial. Avec l'accord de la famille, l'infirmière peut être mettre en place des actions à domicile permettant d'aider les parents et l'enfant à gérer les crises de violences et/ou d'agressivité pouvant survenir généralement lors d'une frustration. Par ses actions, l'infirmière va aider ces derniers à instaurer un cadre ainsi que des règles et limites contenant permettant à l'enfant de se sentir en sécurité. Elle peut aussi contribuer à l'utilisation de divers outils (pictos ...) permettant de restaurer la communication et la relation familiale.
- La coordination entre la structure de soin, la famille et les partenaires impliqués dans la prise en charge de l'enfant (école, autres structures...)
- A l'observation et à l'analyse des troubles de l'enfant et de ses besoins
- A l'accompagnement de l'enfant dans les actes de la vie quotidienne, (alimentation, repas thérapeutiques, soins d'hygiène et élimination.....)
- A l'accompagnement vers la socialisation et /ou à son maintien (sorties thérapeutiques socialisantes, préserver les temps de scolarisation...)
- A la surveillance du développement psychomoteur et psychoaffectif de l'enfant
- A l'élaboration de projets de soins individualisés et à la mise en place des médiations thérapeutiques individuelles et groupale (atelier cuisine, atelier conte...) avec la collaboration de l'équipe pluridisciplinaire
- L'administration de thérapeutiques quand cela est nécessaire, sur prescription médicale (neuroleptiques, antibiotiques, antiépileptiques,) ainsi qu'à la surveillance de l'apparition des différents effets indésirables
- A anticiper et traiter les situations d'agressivité et de violence par la mise en place techniques d'apaisement (enveloppement sur prescription médicale, isolation de l'enfant avec présence du soignant en salle d'hypostimulation afin de le couper de tous stimuli environnant, réassurances verbales...)
- La mise en place d'actions de soins préventifs et curatifs évitant l'aggravation des symptômes de l'enfant et de l'adolescent et l'installation de ces derniers dans un fonctionnement pathologique majeur
- Permettre à l'enfant, l'adolescent la construction et l'acquisition d'une personnalité, et une identité individuelle

- Réalisation d'entretiens d'aide et thérapeutiques
- A participer aux consultations médicales par son rôle de référente et à la mise en œuvre de ses observations auprès des parents
- A l'accompagnement dans un processus thérapeutique de transformation : l'aider à grandir

L'infirmière est amenée à travailler auprès d'enfants et adolescents présentant diverses pathologies comme :

- Troubles psychosomatiques (troubles sphère ORL, sphinctériens, du sommeil...)
- Trouble du comportement,
- Trouble de l'attachement
- Psychoses infantiles
- Trouble du spectre autistique (autisme...)
- Anorexie/boulimie
- Conduites suicidaires
- Dépression chez l'enfant et l'adolescent
- Trouble du déficit de l'attention avec ou sans Hyperactivité
- Phobies scolaires
- Troubles obsessionnels compulsifs
- Troubles névrotiques
- Troubles de la relation parent-enfant / conflits familiaux
- Troubles du langage et des apprentissages etc....

Elle peut exercer dans différentes structures que compose la pédopsychiatrie tels que :

[http://www.psycom.org/Soins-accompagnements-et-entraide/Glossaire-des-structures/\(offset\)/15?SearchText=&btrechercher](http://www.psycom.org/Soins-accompagnements-et-entraide/Glossaire-des-structures/(offset)/15?SearchText=&btrechercher)

<http://www.psycom.org/Espace-Presse/Sante-mentale-de-A-a-Z/Pedopsychiatrie>).

Les hôpitaux de jour : structures qui permettent la réalisation d'évaluations approfondies, de soins soutenus et la construction de projets personnalisés.

Pour ce faire, ils réunissent une équipe pluri-professionnelle spécialisée sous la responsabilité d'un pédopsychiatre. Ils développent une collaboration avec les partenaires du sanitaire public ou libéral, les CAMPS, les CMPP et tous les établissements Médico-sociaux, les professionnels de l'éducation nationale et l'ensemble des professionnels du champ de l'enfance et de l'adolescence. Ceci permet une gradation des interventions intra et extra-institutionnelles s'inscrivant dans le parcours de soins global et le parcours de vie de l'enfant et de l'adolescent.

Les Instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques (ITEP). Ils accueillent des enfants et des adolescents qui présentent des difficultés psychologiques telles qu'elles perturbent leur développement, les apprentissages et leur socialisation. Ils sont financés par l'assurance-maladie et accueillent environ 15 000 enfants et adolescents.

Les Instituts médico-éducatifs (IME) accueillent des enfants et adolescents avec une déficience intellectuelle et des troubles associés. Ils sont financés par l'assurance maladie, ainsi que par l'Éducation nationale en ce qui concerne la scolarité

Les CMPP sont des services médico-sociaux, ils assurent le dépistage des troubles, le soutien éducatif, la rééducation ou la prise en charge de l'enfant tout en le maintenant dans son milieu habituel. Ils accueillent des enfants et des adolescents présentant des difficultés d'apprentissage, des troubles psychiques, psychomoteurs, ou de comportement.

Les Centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP) sont des structures ambulatoires dédiées à la petite enfance accueillant environ 45 000 enfants. Ils ont une mission de dépistage, de diagnostic et de rééducation précoce des enfants. Les CAMSP ont besoin de travailler très étroitement avec le milieu hospitalier et les inter-secteurs de pédopsychiatrie.

Les Centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP) accueillent des enfants souffrant de troubles de la socialisation. Ces centres sont des structures intermédiaires entre les CMPP et l'hospitalisation de jour. Ils proposent des activités de groupe aux enfants pris en charge.

Les unités d'hospitalisation à temps plein. Elle est utilisée si, du point de vue de l'enfant et de sa famille, un moment de séparation apparaît justifié et lorsque l'état de santé de l'enfant

nécessite des soins ou une surveillance sur 24h. Elle peut être continue ou discontinuée (les week-ends, les nuits, pendant les vacances). L'hospitalisation à temps plein concerne plus particulièrement les adolescents et les enfants souffrant de certains troubles graves

## 4. LE CADRE CONCEPTUEL

### 4.1. Les ateliers à médiations thérapeutiques

#### 4.1.1. Théorie des notions de phénomènes et d'objets transitionnels (WINNICOTT)

Les phénomènes transitionnels « désignent un complexe d'activité de l'expérience du bébé décrit par le pédiatre et psychanalyste britannique Donald Winnicott pour désigner les mécanismes permettant le passage de « l'omnipotence subjective à la réalité objective. »

(<https://carnets2psycho.net/dico/sens-de-transitionnel.html>.)

Jeu et réalité D. WINNICOTT : Objets transitionnels et phénomènes transitionnels ?

([https://www.yapaka.be/sites/yapaka.be/files/page/14\\_05\\_objets\\_transitionnels\\_et\\_phenomenes\\_transitionnels.pdf](https://www.yapaka.be/sites/yapaka.be/files/page/14_05_objets_transitionnels_et_phenomenes_transitionnels.pdf))

Ils vont permettre à l'enfant d'accéder aux différentes étapes de l'individuation, (par l'élaboration du développement de ses compétences sexuelles (libidinale), de ses capacités relationnelles (relation d'objet), cognitives (langage verbal...), motrices et par l'intégration des règles et des interdits...). Pour cela d'autres mécanismes vont interagir avec ces phénomènes tels que le phénomène d'illusion et de désillusion, les objets transitionnels...

Le bébé, établit un lien fusionnel avec sa mère. Il n'a pas les possibilités de distinguer le monde intérieur, extérieur, son moi, son non moi. Il établit l'illusion que sa mère, le sein (figure de la chair et du maternage), fait intégralement partie de lui, et que ceux-ci sont sous son contrôle magique hallucinatoire. Cela induit au bébé un sentiment de toute puissance, d'omnipotence imaginaire.

La mère suffisamment bonne s'adapte et répond aux besoins de son bébé sans réticences ni contraintes et ce dernier va s'identifier à elle : c'est « l'identification primaire ». « C'est lors de ce moment que tout commence, et que le mot être (ou exister) prend sens ». (Jeu et réalité D. WINNICOTT : Objets transitionnels et phénomènes transitionnels). Elle va porter son enfant physiquement, et psychiquement, en ayant recours au holding (portage psychique

contenante), handling (le portage physique maternante), objet presentling (la présentation de l'objet, qui donne au bébé l'expérience de l'omnipotence) et au take care (le « prendre soin » porté au bébé). La préoccupation maternelle primaire, notion introduit par WINNICOTT est : *« l'ensemble des compétences innées de la mère qui développe une intuition concernant les besoins et les désirs de son enfant. L'essentiel des pensées maternelles va au confort du nouveau-né. Il s'agit pour la maman de s'adapter à la vie avec un enfant et d'adapter celui-ci au monde nouveau qu'il découvre à travers elle ».*(Jeu et réalité D.WINNICOTT : Objets transitionnels et phénomènes transitionnels).

Cela va permettre au bébé de commencer à introduire la notion de self et de lutter contre l'angoisse de morcellement.

La qualité de l'environnement, la disponibilité physique et psychique de la figure d'attachement (la mère), la qualité de la relation intersubjective va permettre à l'enfant, de passer d'une relation fusionnelle subjective, à une relation objective : s'attacher pour mieux se détacher (Bowlby, psychiatre et psychanalyste). Il va pouvoir se séparer. Cette transition va s'établir en premier lieu par le phénomène de désillusion que la mère va progressivement introduire.

Par ce procédé, l'enfant va percevoir l'objet maternel et son angoisse de dépendance et de frustration vis-à-vis de celui-ci. La séparation de sa relation d'objet primaire, (sa mère, le sein) permet au bébé, de se percevoir en tant que sujet à part entière (le self) et de percevoir les autres sujets et objets, comme une réalité extérieure ne faisant pas partie de lui « le non moi »

Lors de cette étape de désillusion, la mise en place d'un objet transitionnel lui va permettre de traverser cette étape de séparation, de lutter contre ses angoisses de mort, de dépression, d'effectuer le passage du subjectif à l'objectif. Il va pouvoir au fur et à mesure se développer et explorer son environnement extérieur en toute sécurité. Cet objet sera choisi par l'enfant et investit vers l'âge de 3 mois. Ce sera sa première possession matérielle du non moi. L'objet transitionnel *« est la capacité pour l'enfant à reconnaître un objet comme non-moi, à le placer au-dehors, au-dedans ou à la limite du dehors et du dedans. C'est aussi la capacité qu'a un enfant de créer, d'imaginer, d'inventer, de concevoir un objet et d'instituer avec lui une relation de type affectueux ».* (Jeu et réalité D.WINNICOTT : Objets transitionnels et

phénomènes transitionnels). Il devra survivre à l'amour de la mère et à la haine, résister à la destructivité de l'enfant (je mettrai plutôt « à ses pulsions ») et à lutter contre ses angoisses archaïques et à accepter la frustration de l'absence de sa mère sans pour autant la résilier totalement. « *La qualité transitionnelle de l'objet serait alors définie par le moment où il apparaît, c'est-à-dire comme préalable à l'internalisation de l'objet. Il dégagerait l'enfant du besoin de la mère elle-même, sans en dénier l'absence, et lui permettrait d'agir sur lui ses mouvements pulsionnels sans risque.* » ». (Jeu et réalité D.WINNICOTT : Objets transitionnels et phénomènes transitionnels). Il va permettre à ce dernier de transformer ses sentiments d'omnipotence, de toute puissance qui seront investi plus tard de manière ludique à travers le jeu.

Cet objet transitionnel sera désinvesti, et ne sera pas vécu comme une perte pour l'enfant. Winnicott précise « *Ce n'est pas l'objet qui est transitionnel mais sa fonction : la transition. C'est ce que montre la perte progressive de toute signification de ces phénomènes, associée au désinvestissement de l'objet.* », (Jeu et réalité D.WINNICOTT : Objets transitionnels et phénomènes transitionnels).

Les objets et phénomènes transitionnels vont permettre à l'enfant d'accéder au jeu, au symbolisme et aux représentations, à la communication, à l'individualisation et par conséquent à la socialisation. L'enfant, parviendra à penser, à se penser, à se considérer lui-même, sa mère et les autres comme des sujets distincts à part entière à intégrer et comprendre, les notions de bien/mal, limites et interdits. Il pourra investir l'accès à l'art, la créativité, la culture, la connaissance qu'il continuera à investir en tant qu'adulte. « L'enfant, en grandissant, saura que la vie vaut la peine d'être vécue et aura un mode de vie créatif »

Dans les processus psychopathologiques, WINNICOTT décrit ceci :

« *Quand la mère ou toute autre personne dont l'enfant dépend s'absente, nul changement immédiat n'intervient. Le petit enfant garde en effet le souvenir ou l'image mentale de la mère ou encore ce que nous appelons une représentation intérieure, qui peut rester vivante pendant un certain laps de temps. Quand la mère est absente pendant une période qui dépasse une certaine limite mesurée en minutes, heures ou en jours, le souvenir de la représentation interne s'efface. Dans un même temps, les phénomènes transitionnels perdent progressivement toute signification et le petit enfant est incapable d'en faire l'expérience.*

*Nous assistons alors au désinvestissement de l'objet. Juste avant que la perte soit ressentie, on peut discerner dans l'utilisation excessive de l'objet transitionnel, le déni de la crainte que cet objet perde sa signification », (Jeu et réalité D.WINNICOTT : Objets transitionnels et phénomènes transitionnels).*

Dans le cas de carence affective, de l'absence de portage de l'enfant par la mère notamment dans la période de l'illusion et la désillusion, de perturbation précoce de la relation mère-enfant, ce dernier n'est pas en mesure seul de faire l'expérience des phénomènes transitionnels lui permettant de passer de l'omnipotence subjective à la réalité objective.

Bowlby décrit ceci : *« l'enfant humain vient au monde avec une prédisposition à participer aux interactions sociales. Le bébé a besoin d'un lien d'attachement précoce et continu car il naît immature et dépendant, et la recherche de proximité maternelle est un besoin primaire. L'amour ne renforce pas la dépendance, il donne de l'assurance pour une ouverture au monde extérieur. Il existe un travail psychique lors de la séparation et des processus défensifs ». (Revue La théorie de l'attachement : pour le meilleur et pour le pire, Violaine PILLET, Dans Dialogue 2007/1 (n° 175), pages 7 à 14).*

L'objet transitionnel sera donc utilisé excessivement, voire de manière stéréotypée exprimant un sentiment d'insécurité, de non communication, voir à représenter un « déni de séparation ». Le bébé qui a éprouvé une rupture dans la continuité de son existence, une agonie psychocorporelle, un vécu de mort psychique, va élaborer des défenses primitives afin de lutter contre des « angoisses impensables », angoisse de dépression majeure, entravant partiellement ou totalement la structuration naissante du moi et entrainer un morcellement de son monde interne et gardant la fusion avec le moi de la mère. L'enfant va développer des pathologies sous-jacentes (psychoses, troubles de l'attachement, du comportement...) et angoisses majeures ((angoisses archaïques, de néantisation, d'écoulement, de morcellement, de vide intérieur...), dans l'aire des phénomènes transitionnels, entravant gravement son développement, son évolution.

*L'attachement est décrit comme un système de comportements, qui est activé lorsque l'enfant se sent en danger et que la figure d'attachement est éloignée – ses signaux ayant pour but de faire revenir la figure d'attachement. Une fois l'enfant sécurisé, le système d'attachement n'est plus activé et le système d'exploration prend le relais. L'attachement, par le lien continu*

*et fiable qui en découle, sert l'autonomie de l'individu car il permet l'exploration libre de l'environnement et plus tard de son psychisme. Si l'enfant est en détresse et qu'il n'obtient pas la proximité d'une personne significative pour lui, donc un sentiment de sécurité, deux possibilités s'offrent à lui : soit le système d'attachement est maintenu activé au détriment d'autres systèmes (en particulier celui de l'exploration), d'où une hyper vigilance émotionnelle. Soit, au contraire, le système d'attachement n'est pas activé, il est maintenu désactivé, il y a clivage et exclusion des émotions.*

[https://fr.wikipedia.org/wiki/Théorie\\_de\\_l'attachement](https://fr.wikipedia.org/wiki/Théorie_de_l'attachement)

Une scission clivante est élaborée au cours du développement psychique de l'enfant, le coupant de toutes émotions, déniait la réalité par l'introduction d'un imaginaire sans filtre. Les angoisses projetées par l'enfant sur les objets environnant, font écho aux états d'agonies primitive interne maintenant l'enfant dans un état psychique non rassurant.

La coupure de la dynamique des phénomènes transitionnels via la figure d'attachement, n'ont pas permis l'accès à « la symbolisation des expériences primitives ».

L'instauration des ateliers à médiation thérapeutiques vont permettre de travailler autour de ces psychopathologies. Anne Brun décrit ceci : *« L'intérêt de ces thérapies à médiation revient donc à prendre en compte le langage du corps et de la sensori-motricité comme vecteur de symbolisation. » « Il s'agit de rendre signifiants, dans la restauration de la relation primaire à l'objet, les mouvements, les sensations, les vécus corporels d'ordre cénesthésique, kinesthésique, mimo- gestuo-postural, de donner une valeur de message aux éprouvés de l'enfant, notamment par le partage d'affects, et de les doter d'un sens partageable avec les thérapeutes et le groupe, processus au cours duquel les sensations pourront progressivement se transformer en émotions. Le travail thérapeutique au sein de cadres-dispositifs à médiation amorcera ainsi un accès à la figurabilité, par un processus de passage du registre sensori-moteur au figurable. »* (Revue L'acte de création et ses processus dans les médiations thérapeutiques pour enfants autistes et psychotiques, Anne BRUN, Dans *Enfances & Psy* 2013/4 (N° 61), pages 109 à 117).

Véritables réceptacles aux angoisses vécues par les enfants, l'atelier thérapeutique est une *« possibilité de vivre une expérience soutenable et contre dépressive »*. (Revue L'acte de création et ses processus dans les médiations thérapeutiques pour enfants autistes et psychotiques, Anne BRUN, Dans *Enfances & Psy* 2013/4 (N° 61), pages 109 à 117 ).

La fonction contenante et organisatrice de ces ateliers thérapeutiques permet à ces enfants très malades d'émerger de leur magma confusionnel terrorisant et de cheminer plus efficacement dans les contraintes de la réalité. Ces ateliers sont un soin non médicamenteux, nécessaire et complémentaire dans la prise en charge globale de l'enfant. L'utilisation de technique de médiations thérapeutiques relève de la compétence infirmière : « Article R4311-7, Modifié par Décret n°2019-835 du 12 août 2019 - art. 2 : L'infirmier ou l'infirmière est habilité à pratiquer les actes suivants soit en application d'une prescription médicale ou de son renouvellement par un infirmier exerçant en pratique avancée dans les conditions prévues à l'article R. 4301-3 qui, sauf urgence, est écrite, qualitative et quantitative, datée et signée, soit en application d'un protocole écrit, qualitatif et quantitatif, préalablement établi, daté et signé par un médecin : 42° Entretien individuel et utilisation au sein d'une équipe pluridisciplinaire de techniques de médiation à visée thérapeutique ou psychothérapeutique ».

( <https://www.legifrance.gouv.fr>)

Ces ateliers à médiations thérapeutiques mobilisent les souffrances psychiques des enfants.

#### 4.1.2. Définition et principes des ateliers à médiations thérapeutique

La médiation thérapeutique est une pratique ayant recours à des objets ou à des activités spécifiques autour desquels va se construire l'atelier.

*« Ces ateliers à création ne relèvent donc pas d'une pratique de psychothérapie psychanalytique, mais ils peuvent enclencher une dynamique de symbolisation. Les dispositifs de médiations à création ne sont fondés ni sur l'exploitation du transfert ni sur une interprétation des processus à l'œuvre, mais leurs enjeux concernent un accompagnement du travail des productions, ainsi qu'une centration sur la capacité de créer et de transformer des formes, sans décryptage du sens des productions. Ces ateliers à création se présentent donc souvent comme « ouverts », et certains donnent lieu à des expositions de productions ; ces groupes peuvent éventuellement être animés par des artistes. ».*

(<http://www.carnetpsy.com/article.php?id=1867&PHPSESSID=gafjuplmpith1hur66b30p28s3>)

*« Les dispositifs thérapeutiques à médiation, se réfèrent au contraire directement au champ de la psychothérapie psychanalytique car ils sont fondés sur la prise en compte de la*

*dynamique transférentielle, focalisée par l'objet médiateur, Il s'agit cette fois d'interroger la dynamique psychique sous-jacente au travail du médium malléable, « l'appropriation subjective des enjeux du travail de symbolisation » (Roussillon), ce qui implique une absence d'exposition des productions et des groupes fermés ou semi-ouverts, pour rendre possible le travail à partir de l'appareil psychique groupal (Kaës, 1976). Dans ce type de dispositif à visée thérapeutique directe, la matérialité de l'objet médiateur doit être envisagée comme une matière à symbolisation (CHOUVIER, 2000), l'associativité individuelle et groupale, focalisée par le médium malléable, est exploitée, et enfin, la prise en compte de la sensorimotricité conditionne le positionnement et le travail d'interprétation des thérapeutes. ».*  
(<http://www.carnetspsy.com/article.php?id=1867&PHPSESSID=gafjuplmpith1hur66b30p28s3>)

La psychopathologie de ces enfants entrave leurs capacités à penser, à se penser, à créer, à jouer, à imaginer, à communiquer, à interagir avec les autres, à se socialiser, à identifier et exprimer leurs ressentis, leurs émotions.

Ils sont confrontés à des angoisses inter psychique, de destruction, de chaos, de morcellement psychique et physique ne leur permettant pas d'élaborer un ancrage émotionnel, affectif, psychique et corporel. Ils présentent une difficulté ou une incapacité à se représenter, à identifier et à différencier une limite et une unité corporelle et psychique : dedans/dehors, réalité intérieure /réalité extérieure (chez les enfants psychotiques par exemple).

Les ateliers à médiations thérapeutiques, vont permettre à ces enfants de déposer leurs angoisses, et font sens aux objets et aux phénomènes transitionnels établis par Winnicott.

Un atelier à médiation thérapeutique comprend un espace transitionnel psychique, un espace d'expérience, de processus dans lequel vont être proposés des médiations interactives individuelles ou groupales comme la création artistique, la pâte à modeler, le conte, la cuisine, l'écriture, la musique ... Une médiation, « *s'interpose, fait différence, distance pour mieux articuler et réunir dans un futur dialogue. La procédure et la technique ont leur importance dans cette ambition* ». Ils proposent « *des situations de soins contenant, lieux d'expériences psychiques non dangereuses* »

([http://ancien.serpsy.org/formation\\_debat/REFERENTIEL.html](http://ancien.serpsy.org/formation_debat/REFERENTIEL.html)).

Ils sont élaborés à partir d'un projet thérapeutique, pensé et écrit par une équipe pluridisciplinaire. Ils relèvent d'une prescription médicale.

### Le cadre

Les ateliers à médiations thérapeutiques sont définis par un cadre institutionnel et un cadre spécifique à l'atelier. Ces cadres ont une fonction contenant et sécurisante pour les enfants»

Le cadre institutionnel a pour rôle « *de contenir ce qui, dans l'espace psychique des sujets et des groupes, risque de se fragmenter, de se dissoudre et de se perdre dans des actes d'autodestruction. Le cadre institutionnel est cette enveloppe protectrice dont la présence est invisible et qui fait tenir ensemble ce qui risque de se disjoindre, d'abord au niveau des processus intersubjectifs, puis au niveau intrapsychique lorsque le lien à l'autre et aux autres vient heurter les constructions internes. Une deuxième fonction est celle de limiter, de l'extérieur, l'agir de l'individu pour permettre la préservation d'un espace de développement psychique et le maintien des liens intersubjectifs. Notons que cette limitation est moins un contrôle des conduites en vue de les transformer selon des normes acceptables pour la collectivité (ce que pensent bon nombre de professionnels) qu'un moyen de mettre de la différenciation entre le Moi et l'autre, entre l'intérieur de soi et l'extérieur. C'est grâce à ces repères symboliques que peuvent se réguler les échanges en instituant la différenciation des places, des sexes et des générations. Les délimitations offertes par le cadre ont trait à l'espace et au temps, elles permettent de séparer et de réunir, de prendre conscience que tout n'est pas possible, n'importe où, à n'importe quel moment et de n'importe quelle façon. »*

(Revue Le cadre institutionnel dans ses rapports à la transgression et à la loi, Danielle HANS, Dans Adolescence 2013/1 (T. 31 n°1), pages 153 à 160)

Pour que les ateliers à médiations thérapeutiques puissent être porteurs, et efficace, il est plus que nécessaire d'instaurer un cadre thérapeutique. Ce sont l'ensemble des moyens matériels, humains, organisationnel mis en œuvre pour accueillir et accompagner les psychopathologies des enfants et favoriser l'émergence d'un processus thérapeutique.

Pour Philippe GABBAI (neuropsychiatre), le cadre thérapeutique doit être régi par des lois et concerne la médiation et le thérapeute soignant. Il doit réunir plusieurs critères nécessaires à la bonne structuration de celui-ci. (Revue Les médiations thérapeutiques, Philippe GABBAI, santé mentale, N°111, octobre 2006, page 24 à 29).

Ces critères sont :

- Apporter une sécurité par l'effet de contenance et proposer une enveloppe rassurante permettant un accueil de la régression, un entourage non menaçant
- Résister, survivre, contenir les attaques de l'enfant. Faire obstacle à sa toute-puissance, déclenchant frustration et désillusion. La survie de l'objet va permettre à l'enfant d'accepter la séparation pour entrer avec l'objet réel. Ce jeu d'attaque/résistance/survivance permet l'émergence d'une relation objet/sujet non confondue
- Le cadre régit par les lois, les règles vont contenir l'agressivité de l'enfant et permettre à l'enfant de survivre à cela et à ses angoisses.
- Le cadre organise le positionnement du thérapeute, afin d'éviter la relation fusionnelle émise par l'enfant. Et d'instaurer une distance enfant/thérapeute nécessaire, afin de parer les phénomènes de contre transferts

Des spécificités supplémentaires concernent le cadre spécifique aux ateliers à médiations thérapeutiques qui va être soumis aux innombrables et inévitables attaques de l'enfant :

- Les activités doivent être soumises à une régularité : même heures, même jour. Les arrêts des ateliers doivent être énoncés et expliqués aux enfants.
- La permanence des lieux doit être assurée, « facteur de sécurité et de la survivance du cadre », tout changement doit être pensé, et expliqué aux enfants
- La permanence des thérapeutes soignants doit être respectées (même personne) ainsi que celles des participants. Toute inclusion d'enfants supplémentaire doit être prescrit, et expliquée aux enfants avant l'admission de ces derniers dans les ateliers. Toute absence (enfants, thérapeutes) doit être énoncée aux enfants.
- Le respect du cadre, et l'instauration de règles de groupes pensé par le groupe avec l'aide du thérapeute (non destruction du matériel, pas d'attaques vis-à-vis des autres...)
- Eviter les intrusions inattendues pouvant mettre en question la solidité et l'étanchéité du cadre.
- Les régulations d'ateliers, par les soignants permettant de remettre en questions la solidité et pertinence du cadre instauré et des manifestations psychiques mobilisés lors des séances.

### L'animateur thérapeute :

Les ateliers à médiations thérapeutiques sont élaborés dans un environnement bienveillant, soutenant, sans exigences de performance. Ils sont animés par des animateurs thérapeutes (soignants, ou intervenants extérieurs avec présence soignants), qui vont apporter un étayage psychique et relationnel proposé par le dispositif, permettant aux enfants d'identifier leurs potentiels créatifs, toujours existants même chez les plus démunis. Ils vont repérer ce qui est mobilisé psychiquement par les enfants, y donner du sens, et leurs permettre d'accéder à la symbolisation et remettre en marche les processus transitionnels par un étayage intersubjectif. « *Le cœur de notre métier de soignants auprès de l'enfant est la préoccupation de ne pas laisser sa vie psychique s'asphyxier sous l'effet des mécanismes qui l'affectent et qui souvent plus ou moins neutralisent gravement la relation interhumaine que nous savons vitale pour le psychisme humain* ». (Médiations thérapeutiques et psychoses infantiles, Anne BRUN, Edition Dunod). Les objets médiateurs vont réguler la relation bijective qui va s'élaborer au sein de ces ateliers entre le soignant et l'enfant afin qu'elle ne soit pas frontale, persécutrice et intrusive.

Pour Anne BRUN (psychanalyste): « *Dans ces cadres thérapeutiques à médiation, individuels ou en groupe, l'attention du clinicien se focalisera sur tout ce qui relève du registre corporel et sensoriel, par exemple sur la façon dont l'enfant va mettre en jeu le registre mimo-gestuel-postural ou procéder au choix des instruments, des supports et des techniques pour le travail de sa production. Autrement dit, le clinicien doit opérer une extension de sa capacité d'écoute à la prise en compte du langage sensori-moteur.* » Les médiateurs, vont « *accompagner l'enfant dans son cheminement, accueillir ses angoisses (angoisses archaïques, de néantisation, d'écoulement, de morcellement, de vide intérieur...), l'étayer narcissiquement et le faire évoluer dans sa structuration psychique au fur et à mesure de la confrontation concrète avec le matériau et des progrès dans sa maîtrise des figures fondamentales de la relation à l'objet. (fond-forme, contenant contenu, inclusion exclusion.)* ». (Revue La médiation dans le champ psychopathologique, Bernard CHOUVIER Dans Le Carnet PSY 2010/1 (n° 141), pages 32 à 35)

Les thérapeutes, par leurs analyses fines et cliniques, vont donner du sens aux créations élaborées par les enfants, du sens sur l'état de développement où l'enfant se situe à ce moment donné et apporter le symbolisme dont ils ont besoin.

Il est important toutefois que le soignant qui anime l'atelier, soit à l'aise avec ces médiations pour qu'il puisse s'y investir et apporter une dynamique groupale et transférentielle qui conditionne le processus de changement. Généralement, le soignant qui anime une médiation, pratique cette dernière, de manière personnelle pour son plaisir et/ou ressource personnelle et fait le choix de l'intégrer dans le dispositif de soin.

### Les médiations :

Le choix des médiations est importante et tient compte du projet individualisé de l'enfant, de sa pathologie, sa clinique et de ses besoins en terme de soin. Les objets médiateurs utilisés par les soignants pour interagir avec les enfants dans ces ateliers thérapeutiques à médiations sont appelés médium (pâte à modeler, peinture, l'eau...). Ces objets malléables, « *La matière, l'objet concret présenté, médiatisent la relation entre le soignant et le patient, relation qui risquerait sinon d'être persécutrice ou intrusive si elle était trop frontale* »

Marion MILNER « *souligne que l'enfant utilise des jouets, des objets ou des matériaux divers, comme l'artiste utilise un médium malléable. Elle définit le médium comme une « substance d'interposition à travers laquelle les impressions sont transmises aux sens » et montre à partir du cas clinique d'un enfant qu'il était capable de l' « utiliser et d'utiliser l'équipement de la salle de jeu comme cette substance malléable d'interposition* ». Elle définit donc le « médium malléable à la fois comme une possible utilisation du cadre matériel, à la fois comme une modalité d'utilisation du thérapeute. Le médium malléable renvoie donc conjointement à la matérialité du cadre et à la dimension transférentielle. ». (Revue Introduction, Anne BRUN, Dans Le Carnet PSY 2010/1 (n° 141), pages 24 à 27).

### Objectifs des ateliers à médiations thérapeutiques :

Les objectifs de ces ateliers sont de susciter la mise en œuvre de processus de transformation chez les enfants comme :

- Un repérage du réel « passer de l'omnipotence objective à la réalité subjective »
- La mise en place d'un accès au jeu, relancer chez l'enfant sa capacité à jouer
- la mise en mouvement de la créativité et de l'imaginaire : créer et élaborer, c'est permettre à l'enfant d'accéder à la symbolisation et à la représentation
- L'accès à la différenciation et à l'individualisation
- Faire accéder à la transitionnalité interne et développer l'expressivité

- L'activation d'une dynamique de création de soi et d'autonomie, permettant d'accéder à la socialisation
- Favoriser un processus mental de projection, « *c'est-à-dire à une externalisation des part psychiques les plus cachées à travers lesquelles le sujet se découvre lui-même et prend conscience de son être profond, l'expression est avant tout décharge des excitations pulsionnelle, mais une décharge détournée quant au but et transportée de manière sublimatoire. C'est ce mécanisme de transformation interne qui s'opère grâce aux objets médiateurs et qui constitue l'expression identitaire de soi.* »

(Revue La médiation dans le champ psychopathologique, Bernard CHOUVIER, Dans Le Carnet PSY 2010/1 (n° 141), pages 32 à 35)

- Travailler autour des enveloppes psychiques
- Travailler sur la confiance à l'adulte
- Développer les compétences cognitives
- Travail autour de la notion du plaisir
- Travail sur la confiance en soi
- Travail sur la place de l'enfant dans le groupe
- « *Transformer l'énergie pulsionnelle entraînant confusion, collusion, violence et destructivité en une énergie qui débouche sur une métabolisation des pulsions et une sublimation de celles-ci* »

(Revue Le cadre institutionnel dans ses rapports à la transgression et à la loi, Danielle Hans, Editions GREUPP | « Adolescence » 2013/1 T. 31 n°1 | pages 153 à 160)

Un atelier à médiation thérapeutique, s'élabore à partir d'un projet d'écriture d'atelier, pensé et écrit par les soignants porteurs du projet et validé par l'équipe pluridisciplinaire, puis prescrit par le médecin. Ce projet d'écriture est réalisé à partir de plusieurs éléments essentiels pour qu'il puisse répondre aux besoins spécifiques de chaque enfant.

#### 4.1.3. L'écriture du projet d'atelier :

L'écriture du projet d'atelier nécessite en premier lieu de bien connaître les enfants, leurs pathologies, leurs besoins, leurs points forts et points faibles, leurs difficultés, leurs compétences et capacités.

Pour cela, il faut tout d'abord se référer à la démarche clinique et au projet de soin individualisé des enfants.

Une démarche clinique relève de l'article R. 4311 – 3 du Code de la santé publique : « *Dans ce cadre, l'infirmier ou l'infirmière a compétence pour prendre les initiatives et accomplir les soins qu'il juge nécessaires conformément aux dispositions des [articles R. 4311-5, R. 4311-5-1 et R. 4311-6](#). Il identifie les besoins de la personne, pose un diagnostic infirmier, formule des objectifs de soins, met en œuvre les actions appropriées et les évalue. Il peut élaborer, avec la participation des membres de l'équipe soignante, des protocoles de soins infirmiers relevant de son initiative. Il est chargé de la conception, de l'utilisation et de la gestion du dossier de soins infirmiers.* ». (<https://www.srlf.org/metier-dide-reanimation/decret-n2004-802-exercice-de-la-profession-dinfirmier/>).

J.CHARRIER (cadre infirmier formateur à l'IFCS du SIRIF), B.RITTER (cadre infirmier formateur du GRIEPS) définissent la démarche de soin ainsi : « *Processus de recueil de données et d'analyse de situations de soins, qui permet d'identifier les réactions des personnes face à la maladie, au traumatisme, au handicap, à un problème d'environnement ; ces réactions sont nommées en termes de diagnostic infirmier (dont la finalité est d'ajuster les soins aux besoins des personnes soignées)*» (<http://www.ifsidijon.info/v2/wp-content/uploads/2015/10/2016-Demarche-en-soins.pdf>).

Une démarche de soin est : « *un processus dynamique de résolution de problème centre sur la personne soignée qui s'appuie sur une méthode et se traduit par un plan de soin. C'est donc une suite ordonnée d'opération finalisée, une prestation de soin individualisés, continus adaptés aux besoins d'une personne. Un outil de travail indispensable à la pratique de soin infirmier.* ». (<http://www.ifsidijon.info/v2/wp-content/uploads/2015/10/2016-Demarche-en-soins.pdf>).

La démarche de soin de l'enfant se compose de plusieurs éléments :

- Un recueil de données se basant sur l'histoire de vie : l'anamnèse de l'enfant depuis sa naissance, sur son développement global (premières acquisitions : langage, marche, propreté, premiers troubles, apprentissages...), ses interactions (familial, environnemental...) etc...)

- Son parcours de soin (prise en charge en structures, consultations, orthophonie...)
- Son parcours scolaire (différents établissements fréquentés....)
- Sa prise en charge actuelle (dans une structure de soin tel que les hôpitaux de jours....)
- L'identification et l'analyse des difficultés, des observations de l'enfant sur la structure de soin dans les domaines suivants : (Domaines des interactions sociales, domaine cognitif et apprentissages, domaine des émotions et du comportement, domaine sensoriel et moteur, domaine somatique, domaine de l'autonomie et de la vie quotidienne, bilan psychologiques, psychomotricité, évaluation sociale...)

A partir de ces éléments, le médecin et l'équipe élabore un projet de soin individualisé.

Le projet de soin individualisé (PSI) est un projet de soin spécifique à chaque enfant. Il est mis en œuvre par une équipe pluridisciplinaire, coordonné par le médecin psychiatre référent de l'enfant. Suite à la démarche clinique, il va reprendre les points d'appuis (points forts), les points faibles de l'enfant et des axes de travail vont être établis suite à cela.

Un plan et des objectifs de soin sont élaborés à court et moyen terme : prescriptions de traitements thérapeutiques, d'un suivi psychologique, psychomotricité si nécessaire et également l'indication d'ateliers à médiations thérapeutiques auquel l'enfant va participer. Ce projet est réévalué, par l'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire à une date indiquée par le médecin. Pour qu'il puisse se mettre en place, il est obligatoire de le présenter et de l'expliquer aux parents de l'enfant. Leurs consentements sont nécessaires et obligatoires pour que les soins indiqués à l'enfant puissent s'effectuer. Généralement une copie du projet est donnée aux parents.

Le choix de l'atelier à médiations thérapeutiques, inscrits sur le PSI, est choisi en fonction des pathologies, des besoins de l'enfant faisant références aux axes de travail (points forts/faibles). Il peut s'agir d'atelier déjà mis en place au sein de la structure. Ils peuvent être également créés spécifiquement pour l'enfant et/ou d'autres enfants pour lesquels l'atelier peut avoir des effets bénéfiques. Dans le cas d'une réalisation d'un nouvel atelier, un projet doit être élaboré.

Le projet d'atelier est un protocole écrit organisant les démarches de création, d'élaboration par les soignants qui réalisent cet atelier. Il comporte plusieurs critères essentiels sur lequel il doit être composé. Ce projet une fois rédigé, est présenté à l'équipe pluridisciplinaire et doit être absolument validé par le médecin.

Les critères de bases permettant la rédaction d'un projet d'atelier à médiation thérapeutiques sont les suivants :

- Choix de la médiation : Sur quelle médiation l'atelier va t être élaboré ? Il est important que les soignants qui sont garants de l'atelier puissent effectuer des recherches théoriques concernant les médiations qu'ils vont utiliser. Ces derniers vont permettre aux soignants d'obtenir tous les éléments nécessaires pour pouvoir mener cet atelier du mieux possible, pour comprendre dans quel contexte ils veulent monter leurs projets, pour l'enrichir, l'argumenter et pour que l'atelier puisse être porteur et adapté aux enfants . Il est important que les soignants référents soient à l'aise avec la médiation choisie, l'interaction qui s'en suivra n'en sera que bénéfique et apportera une dynamique intéressante.
- Où : quel lieu ?
- Quand : quel jour ? à quel horaire ? pendant combien de temps va durer l'atelier : (temps de la séance et durée à court, ou moyen terme) ?
- Qui ? : Déterminer les enfants qui vont participer à l'atelier : pathologies, besoins, points forts/faibles, âges, nombre d'enfants, choix des modalités du groupe (est ce que ce sera un groupe ouvert, semi-ouvert, fermé ?). Le nombre de soignant référents et/ou d'intervenant de l'atelier doit être aussi énoncé.
- Les objets/buts/finalités : quels sont les objectifs/finalités propre à l'atelier, propre en réponse aux besoins et difficultés des enfants, propre au PSI...
- Le matériel : de quoi a-t-on besoin pour la réalisation de cet atelier ? Les outils utilisés doivent être accessible aux enfants.
- Le déroulement : de quelle manière l'atelier va se dérouler ? comment accueillir les enfants, comment marquer le temps de début et de fin ? Comment le cadre va-t-il être élaboré ?

D'autres modalités sont à penser lors de ces réflexions :

- Comment gérer les absences des enfants, des soignants ?
- Si sur les 3 enfants, 1 seul est présent, est ce que l'atelier est maintenu ?
- S'il manque un des soignants référents, est ce qu'il doit être remplacé par un autre ? A noter que toutes les absences doivent être annoncées aux enfants.
- Les ateliers sont-ils maintenus pendant les vacances scolaires ?
- En cas de refus de participation de l'enfant, en cas de crise d'agitation, de frustration, de non coopération, de perturbation du groupe, d'agressivité vis-à-vis d'un autre enfant, quelle réaction et quelle réponse le soignant doit il apporter ?
- Régulation : -transcription des observations des comportements des enfants, de leurs évolutions dans le dossier de soin de l'enfant,
  - reprise des ateliers avec les soignants et une psychologue (faire le point sur les interactions (groupales, individuels), les observations, les processus mis en mouvements au sein de l'atelier
  - remise en question des modalités de réalisation de l'atelier, du cadre afin de pouvoir effectuer un meilleur réajustement ...
  - expression des ressentis, des pratiques des soignants lors de ces ateliers
- Evaluation des ateliers lors du réajustement du PSI, ou avant si l'atelier est complètement rejeté par l'enfant suite à plusieurs séances.

## 4.2. L'Atelier thérapeutique, un espace de soin propice à la rencontre de soi et de l'autre

### 4.2.1. Penser le soin pour panser les maux

Qu'est-ce que le soin et quel sens prend-il au sein de l'atelier à médiation thérapeutique ?

Définition du soin :

*« Soigner et prendre soin relèvent de conceptions complémentaires et interdépendantes des pratiques professionnelles médicales et paramédicales :*

*- soigner consiste à traiter la maladie, compenser un déficit dans une démarche technique pertinente et validée ;*

- prendre soin vise, au-delà de la technicité du geste, à soulager les symptômes, diminuer la souffrance et donc favoriser l'autonomie et le confort de la personne.

Cette attitude témoigne d'un souci à l'égard de la personne reconnue dans la globalité de ses attentes et choix. Elle procède d'un savoir-faire créatif visant à la constante recherche d'un équilibre entre, d'une part, le partage et la prise en compte de connaissances actualisées et, d'autre part, le plus juste positionnement des différents partenaires engagés dans le soin. ».

(<https://www.syndicat-infirmier.com/Peut-on-soigner-sans-prendre-soin.html>)

Le soin débute à partir de la démarche réflexive de l'équipe pluridisciplinaire pour la réalisation de l'élaboration de la démarche clinique, du projet de soin individualisé de l'enfant, du projet d'atelier. La mise en pratique de ce dernier par les soignants référents, notamment l'infirmière, complète cette démarche.

Au sein de l'atelier thérapeutique, l'infirmière prodigue ses soins, par son positionnement basé sur son savoir (connaissances théoriques), son savoir-faire (compétences) et son savoir être (posture relationnelle et émotionnelle).

Martha Rogers (infirmière et théoricienne en soins infirmiers) définit les soins infirmiers ainsi : « à la fois un art et une science reposant sur une base de connaissances uniques nées de l'analyse logique et de la recherche scientifique, capables d'être transformées en pratique infirmière ».

([http://www.reseau-asteria.fr/CADCI/ARSI THEORIES INFIRMIERES.PDF](http://www.reseau-asteria.fr/CADCI/ARSI%20THEORIES%20INFIRMIERES.PDF))

Comme l'explique également, DELIEUTRAZ Séverine (infirmière), « Dans le soin, l'infirmière est dans la position rassurante, de celui en capacité d'agir, contrairement à l'image représentée du patient en perte de maîtrise, en position passive. Le but des soignants c'est de comprendre ce que vit l'enfant, quelle que soit la cause de la pathologie parce que la communication de cette compréhension profonde va les aider » ;

(Revue Le vécu d'impuissance chez le soignant : entre pertes et élan retrouvé, Séverine DELIEUTRAZ, Dans Cliniques 2012/2 (N° 4), pages 146 à 162).

L'atelier à médiation thérapeutique est un soin paramédical. Il offre un espace de soin où la combinaison suffisamment cadrée, sécurisante, solide et indestructible de l'espace transitionnel subjectif et les outils de méditations (les médiums malléables), va contribuer à

l'accueil de la souffrance psychique de l'enfant, à sa mobilisation et à sa transformation vers un mieux-être psychique et créatif. Ce processus généré par l'atelier à médiation thérapeutique, ne peut s'établir véritablement et complètement sans l'intervention et la présence de l'infirmière. Les soins prodigués par celle-ci sont vitales pour l'enfant. Dans un premier temps, l'infirmière va établir une démarche réflexive/pratique, par l'élaboration d'une observation fine et analytique, tel un « guetteur de signes » permettant de comprendre et de mettre du sens au comportement de l'enfant, d'aider ce dernier à les identifier et à les comprendre, le transportant dans une démarche de découverte de soi. Le savoir et savoir-faire de l'infirmière vont lui permettre de répondre au mieux aux besoins de l'enfant par l'élaboration de soins adaptés, avec la collaboration de l'équipe pluridisciplinaire. A noter qu'il est nécessaire que l'infirmière continue à se former, pour que ses connaissances et sa pratique professionnelle puissent lui permettre de développer son efficacité.

La démarche réflexive et pratique que le soignant portera tout au long du maintien de l'atelier thérapeutique va lui permettre de réajuster le soin afin de construire un costume thérapeutique sur mesure à l'enfant *« Le parcours de soins des enfants est construit par les soignants comme un costume sur mesure. Les soignants sont engagés dans une réflexion clinique qui donne sens à ce qui se joue pour l'enfant dans la rencontre et à ce que les soignants exposent d'eux-mêmes dans celle-ci »*. (Revue -Soins Psychiatrie n°245- juillet /août 2006 : Prise en charge de l'autisme infantile).

Le savoir être de l'infirmière a également toute son importance. Sa posture bienveillante, contenante, rassurante, sa disponibilité psychique, sa présence physique, sa créativité, son engagement, vont amener un mouvement de vie. Toutes ces multiplicités qui se jouent au sein de l'atelier thérapeutique, toutes ces fonctionnalités soignantes, vont déterminer un point de rencontre avec l'enfant. C'est à partir de ce moment, à partir de l'émergence d'une relation avec l'enfant, que véritablement le soin prendra tout son sens. *« Le cœur de notre métier de soignants auprès de l'enfant est la préoccupation de ne pas laisser sa vie psychique s'asphyxier sous l'effet des mécanismes qui l'affectent et qui souvent plus ou moins neutralisent gravement la relation interhumaine que nous savons vitale pour le psychisme humain. Cette neutralisation de la relation ajustée nous expose alors à la tentation de lâcher. Les agrippements à l'autre ou les raidissements musculaires hypertoniques signent l'angoisse d'effondrement psychique qui nous appelle à tenir pour deux dans le désir de ranimer*

*psychiquement l'enfant en lui proposant des situations de soins contenant, lieux d'expériences psychiques non dangereuses , afin de tendre de garder ouvert leur avenir ».*

(Revue -Soins Psychiatrie n°245- juillet /août 2006 : Prise en charge de l'autisme infantile)

Les soins infirmiers en pédopsychiatrie sont pour moi une approche différente de ceux que l'on peut observer en services généraux. Ce premier stage en pédopsychiatrie m'a permis de découvrir la spécificité de ce soin et toute son élaboration, de la pensée initiale en équipe pluridisciplinaire à sa mise en pratique au travers des ateliers à médiation thérapeutique. Cependant, j'ai pu constater lors des différents ateliers thérapeutiques leurs effets bénéfiques qui peuvent être immédiats par l'apaisement par exemple un enfant agité et/ou angoissé, .... Ainsi que des effets de transformations de comportements d'enfants à long terme que je n'ai pas pu constater mais qui m'ont été relaté par les soignantes. Pour moi les ateliers thérapeutiques, requièrent des connaissances techniques nécessaires à son élaboration, mais ne se suffit pas à lui-même. Il nécessite l'accompagnement de l'enfant et du groupe par l'infirmière qui induira une dynamique relationnelle soignante.

Le soin ne se réduit pas uniquement à une réflexivité soignante, et à une succession d'actes et de pratiques, le soin se vit.

#### 4.2.2. La relation enfant/infirmière/groupe : l'engagement créative de l'infirmière

La relation infirmière /enfant est une rencontre entre une soignante professionnelle de santé et un soigné, un être vulnérable et en souffrance. Cette relation amène à la découverte de cet enfant, de ce qu'il est, de ce qu'il représente, de son histoire, de son appartenance familiale, sociale, de ses émotions, de ses problèmes, qui l'entoure ... Elle s'inscrit dans un cadre, un contexte défini par un modèle d'organisation bien spécifique (exemple : l'hôpital de jour, les Centres Médicaux Psychologique pour Enfants et Adolescents...), avec l'établissement de prestations spécifiques, en l'occurrence : l'élaboration de soins qui sont établies par une législation institutionnelle (loi, chartes, décrets, règlement intérieur...). La nature des échanges qui s'effectuent dans cette relation est majoritairement déterminés par les soins et va s'effectuer au travers de deux modes de communication, la communication verbale (la parole, le ton, la rythme, les cris...) et non verbale (*les gestes, les silences, les comportements, les mimiques, les positions corporelles, les attitudes, les symptômes, ...*). La relation soignant /soigné est néanmoins une relation complexe. Elle requiert de la part du soignant du

professionnalisme mais aussi de l'humanisme car le rôle de l'infirmière n'est pas réduit seulement à l'application de geste et de soin techniques. (La relation soignant-soigné, Alexandre MANOUKIAN, Anne MASSEBEUF, 3e édition). Aussi, la relation soignant /soigné permet au soignant de *« donner du sens à un acte technique afin de le rendre acceptable pour le malade car c'est toute la différence entre l'acte réalisé sur le corps objet, et le sens qu'il peut prendre pour la personne soignée au travers de son corps sujet. C'est pourquoi il est important de considérer que la relation soignant/soigné se place au cœur de la relation de soin dans laquelle chaque relation, chaque patient est unique. »*.

<http://www.syndicat-infirmier.com/Relation-soignant-soigne-respecter.html>

Cette relation va s'étendre pour laisser une place au groupe. Les ateliers à médiation thérapeutique, comprennent l'implication d'autres enfants. Ils nécessitent également l'utilisation de ces mêmes médiations, pensées pour eux par l'équipe soignante.

Le groupe est : *« un système qui reflète une réalité individuelle et collective. C'est un ensemble de personnes ayant des caractéristiques ou des buts communs, qui se retrouvent ensemble au-delà de chaque individualité, dans un cadre de fonctionnement accepté par l'ensemble des personnes constituant le groupe. Il est caractérisé par son but, que chacun de ses membres connaît, approuve et tente de concrétiser. Il s'agit d'un lieu d'échanges interindividuels et de socialisation qui implique une notion d'engagement à la fois des participants et des animateurs. Le fonctionnement psychique du groupe est différent de la somme des fonctionnements psychiques des individus qui le composent: un groupe fonctionne comme s'il existait un appareil psychique groupal dont les caractéristiques tendent à être interdépendantes de la nature des participants », car chaque individu agit sur le groupe en apportant ses caractéristiques propres.*

(MONJAUZE.M, Des entretiens individuels et familiaux au travail de groupe, Éditions In Press, 2008).

Le groupe se compose d'enfants et de soignants. Il forme une unité groupale à partir de composantes individuelles psycho affectives. Il est composé avec soin suivant l'âge, les affinités, et en fonction des troubles psychopathologiques

Le groupe évolue au sein de l'atelier thérapeutique, pensé et suffisamment cadré pour favoriser son émergence, son élaboration et son évolution. La triade médiation/ cadre (institutionnel et spécifique à l'atelier)/ présence et la fonction soignante indispensable vont

déjouer et contenir les interactions, transférentielles, les identifications projectives pulsionnelles, d'angoisses de mort, de conflits internes, de clivages et fantasmes vécus et projetés par chaque enfant, et amplifiés par le groupe.

La triade thérapeutique va permettre de réajuster les processus psychiques et interactions relationnelles qui se jouent dans les relations suivantes : enfants /soignants, enfants /autres enfants, enfant/groupe et soignant/groupe/enfant.

L'interaction infirmière/enfant/groupe va amener la soignante, à se positionner au sein de cette relation afin de pouvoir accompagner l'enfant et le groupe dans son processus de transformation thérapeutique : *« la relation est au cœur de l'accompagnement à la personne et est au carrefour de toute action dans le milieu professionnel »*.

(Trouver la bonne distance avec l'autre Grâce au curseur relationnel, Catherine DESHAYS - 3e édition Collection : Soins et Psy, Inter Editions, 240 pages).

Pour pouvoir s'investir l'infirmière doit recourir à, une identification et une compréhension concrète de ses représentations concernant le soin, et de ses émotions et ressentis que lui renvoient l'enfant avec toute la psychopathologie qui l'entoure. Pour cela il est nécessaire qu'elle procède à une introspection de soi. Ce cheminement va lui permettre de prendre conscience d'elle-même, de ses capacités, de ses compétences professionnelles et personnelles, de ses ressources intérieures, mais aussi de ses limites. Pour Margot Phaneuf infirmière, cette connaissance de soi, s'établit autour de la confiance en soi, l'estime de soi, la capacité d'affirmation de soi et d'auto-évaluation. La perception et l'acceptation de nos émotions vont permettre le développement des compétences professionnelles (l'écoute, l'empathie, la communication, l'observation, savoir créer la relation....). C'est en acquérant et en prenant conscience de ses valeurs, que l'infirmière pourra investir la relation, en mettant en œuvre sa disponibilité psychique, physique, sa fonction soignante et sa propre créativité.

Cet accompagnement requiert de la part de l'infirmière un engagement de sa responsabilité, par la mobilisation de ses compétences, mais également de sa créativité.

Le dictionnaire Larousse définit la créativité comme une disposition à créer, qui existe à l'état potentiel chez tout individu et à tout âge.

Todd LUBART (professeur de psychologie) désigne la créativité comme une séquence d'événements, de pensées, d'actions amenant un individu de la page blanche à la production »

L'infirmière est une personne créative. Elle va permettre par son interaction et l'utilisation de médiations comme la peinture, la musique... De susciter chez ces enfants la découverte de soi, de leur langage corporel, sensoriel, et de sentir ce mouvement de vie qui reprend une nouvelle forme, comme une deuxième renaissance créative.

[http://www.prendresoins.org/wpcontent/uploads/2012/11/Quelques\\_reperes\\_pour\\_evaluer\\_attitudes\\_et\\_comportements\\_en\\_soins\\_infirmiers1.pdf](http://www.prendresoins.org/wpcontent/uploads/2012/11/Quelques_reperes_pour_evaluer_attitudes_et_comportements_en_soins_infirmiers1.pdf).

Elle va permettre aux enfants et au groupe de développer leur potentiel créatif, de stimuler leurs inventivités. Elle va aider chaque enfant à prendre confiance en la richesse du groupe, à découvrir la notion de partage et du plaisir de faire ensemble. Cela créera chez l'enfant le désir de partager sa propre création avec les autres.

Pour pouvoir susciter l'intérêt de ces médiations chez ces enfants, l'infirmière va devoir adopter une posture ludique et imaginaire. Par sa posture d'humaniste, les encouragements, les valorisations et l'aide adaptée à chaque enfant, elle va chercher à atteindre des objectifs au regard des troubles présentés par les patients. Elle va par le processus de subjectivation, utiliser la parole comme principal outil de communication, c'est-à-dire inscrire l'enfant dans une relation langagière.

Cette relation spécifique à chaque enfant va leur permettre de mettre l'accent sur les ressources qui se trouvent en eux et les accompagner dans leur travail sur eux même. « L'accueil, l'écoute, la disponibilité et la créativité des soignants, combinés à leurs connaissances de nature scientifique et habiletés techniques, apparaissent comme les déterminants essentiels de soins de qualité » (La qualité du soin infirmier, De la réflexion éthique à une pratique de qualité, Walter HESBEEN, édition roman jeunesse (broché), 161 pages).

L'infirmière est amenée à inventer constamment le soin qui est confrontés aux différentes caractéristiques et variations du groupe qui peuvent changer d'un jour à l'autre (humeurs...). Elle doit faire constamment preuve d'imagination et d'improvisation pour pouvoir maintenir l'intérêt créatif des enfants et du groupe et également pour faire face et s'adapter aux situations imprévus.

*« Faire pratiquer la créativité à un collectif offre l'opportunité de lui faire vivre des émotions fortes, notamment celles engendrées par l'imagination, par l'ouverture à des possibles imprévus et par la surprise de vivre des situations inattendues ».*

<https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-01664580/document>.

Lorsque que c'était à mon tour de mener l'atelier cuisine seul avec C. une enfant de 9 ans présentant une déficience mentale, ce fut pour moi une double épreuve, car ce stage était ma première expérience en pédopsychiatrie et avec des enfants. De plus mes connaissances sur les psychopathologies des enfants étaient très limitées. Je ne savais pas forcément quelle type de posture et de quelle manière aborder la relation avec C pour pouvoir susciter son attention et son envie de cuisiner du début à la fin de l'atelier. Je devais alors me projeter de manière réflexive dans l'élaboration constructive de cet atelier, pour qu'il soit conforme au projet d'atelier élaboré par l'équipe soignant. Il me fallait aussi réfléchir à des objectifs de soin adaptés à C, compréhensibles, simples mais aussi interactifs, qui susciterai chez C, un désir de plaisir et d'envie de s'investir dans l'élaboration d'une préparation culinaire. Pour cela, j'ai effectué plusieurs recherches pour trouver une recette qui lui permettrait de pouvoir réaliser une préparation facile. Pour que tout cela soit accessible à C, j'ai utilisé des mots, des phrases et des outils (images) adaptés à son niveau pour lui expliquer la réalisation de cette recette. Toutefois ce fil conducteur n'avait pour rôle que d'être le corps constitutif de l'atelier qui devait durer 1heure. Lorsque j'ai débuté l'atelier j'ai pu constater la difficulté de maintenir l'attention de cette enfant en dépit de toute élaboration organisationnelle et des objectifs que j'avais préparé en amont. C'est alors que j'ai constaté que la relation était le moteur directif de l'atelier et que celle que j'allais élaborer avec C. était déterminant pour la suite du soin. Pour cela, je devais faire en sorte que l'atelier soit vivant, interactif, et ludique sans perdre de vue les objectifs de l'atelier. Je devais être attentif à ses réactions et comportements qui étaient significatifs de sens et sur lesquels je pouvais me baser pour rectifier, réajuster la relation. Cela m'obligeait à être inventif et créatif pour recentrer C sur sa préparation culinaire et continuer à créer ce plaisir de faire ensemble. Ce premier atelier fut pour moi une expérience enrichissante et me permet de mieux comprendre la posture de l'infirmière au sein du groupe. J'ai compris que la relation et sa dynamique était importante pour maintenir la concentration de l'enfant, et son enthousiasme à pratiquer l'activité. C'est pourquoi, durant l'atelier, j'ai toujours essayé de faire en sorte d'entretenir cela afin d'éviter que l'enfant ne décroche et ne puisse pas finir l'activité. Mon objectif était qu'elle puisse rester au sein de l'atelier du début à la fin, qu'elle puisse participer et s'impliquer en se sentant en sécurité. Pour favoriser l'interactivité, je lui posais des petites devinettes, j'essayais de la responsabiliser sur ses tâches par des encouragements et valorisations et de lui permettre ainsi de renforcer sa confiance en soi. Au cours de l'atelier, j'ai constaté à

travers les mimiques de l'enfant qu'elle était contente d'être là malgré l'absence de l'infirmière habituelle avec qui elle faisait cet atelier. Ce constat m'a conforté dans le bien-fondé de ce que je faisais et une meilleure estime de moi face à une situation qui m'était inconnue et provoquait en moi une certaine appréhension. Cet atelier m'a également permis de comprendre que panser les maux par des mots était un soin complet, à la fois technique, théorique et pratique dont le principal moteur de relation est l'implication de l'infirmière auprès de l'enfant.

Dans sa rencontre avec l'enfant, et le groupe au sein de l'atelier thérapeutique, les médiations et le cadre vont aider l'infirmière à ajuster la relation par une mise à distance relationnelle et émotionnelle. Une distanciation qui empêche l'infirmière se perdre avec l'enfant dans une position fusionnelle : « *dans la rencontre, le cadre mis en place répond à une organisation de la distance, de la différence, du respect et de l'altérité* »

(Trouver la bonne distance avec l'autre Grâce au curseur relationnel, Catherine DESHAYS - 3e édition Collection : Soins et Psy, Inter Editions, 240 pages).

A noter qu'il est préférable que l'animation des ateliers à médiations thérapeutiques se réalise au minimum à deux soignants. L'équipe soignante, l'intervention d'un tiers symbolique, contribuent également, au réajustement de la relation infirmière/enfant/groupe.

La relation infirmière /enfant qui s'établit au sein de l'atelier à médiation thérapeutique, va permettre l'émergence d'un champ symbolique, lieu de naissance du sujet. La relation duelle se confronte à celle du groupe, interagissant lui aussi au sein de l'atelier. La relation infirmière/groupe/enfant va lui établir sa place au sein du groupe.

La posture soignante joue un rôle prépondérant dans la structuration du groupe, de sa dynamique et de sa fonction au sein de l'atelier à médiation thérapeutique mais aussi sur l'évolution individuelle de chaque enfant.

#### Les enjeux thérapeutiques individuels et groupal :

- Restauration narcissique de chaque enfant
- Accès à la socialisation
- Travail sur les questions de ressemblance et de différenciation entre soi et les autres
- Accès à l'individualisation, ne pas se fondre à l'autre, ne pas s'oublier soi même
- Différenciation entre le cercle familial et social, favoriser la bonne distance avec l'adulte

- Restaurer un cadre constant, résistant, consistant, et imperméable, permettant de contenir la charge pulsionnelle et les enjeux affectifs/émotionnels qui interagissent dans le groupe et de survivre aux attaques projectives destructives
- Favoriser le partage des vécus, des angoisses afin qu'ils puissent être perçus comme surmontables
- Construction d'un espace psychique groupal, individuel et d'une enveloppe contenant et rassurante
- Créer chez chaque individu, un sentiment d'appartenance au groupe
- Développer l'autonomie individuelle et groupale
- Développer le prendre soin de soi mais aussi de l'autre
- Créer la notion de plaisir, de partage avec l'autre
- Favoriser une ouverture relationnelle
- Favoriser et enclencher le processus de l'effet de sublimation réparatrice du groupe
- Travail autour de l'équilibre relationnel
- Favoriser et maintenir le portage psychique du groupe thérapeutique
- Travail autour des identifications projectives,
- Travail autour des règles, des interdits, des limites internes et externes, psychiques et physiques
- Développer les compétences psychosociales
- Favoriser l'élaboration psychiques et des fonctions et capacités cognitives
- Travailler autour des sensations corporelles et sensorielles
- Créer et favoriser la capacité à penser
- Créer et développer la créativité
- Former une unité collective, pouvant faire fonction de cadrant, de contenant, face à l'individualité déviante d'un enfant qui tente de déroger aux règles
- restaurer le lien social donc lutter contre l'isolement
- favoriser une enveloppe psychique le Moi-peau contenant, sensorielle, individuelle

Voici quelques exemples des enjeux bénéfiques du groupe sur les enfants présentant des pathologies comme les troubles du comportement, les pathologies limites, les psychoses et l'autisme :

- *Les troubles du comportement et l'inhibition représentent à la latence la symptomatologie névrotique » habituelle. Elle se traduit le plus souvent par des difficultés d'apprentissage et par une carence fantasmatique. À cet âge, l'enfant cherche à maintenir refoulés les désirs œdipiens, d'une part, et aspire à une revalorisation narcissique, d'autre part. Ce double mouvement complique les relations qui s'instaurent en psychothérapie individuelle car l'enfant va tenter de neutraliser le psychothérapeute, qu'il perçoit comme séducteur ou persécuteur. En*

*revanche, le groupe ne mobilise pas d'emblée la problématique œdipienne, et quand il est investi comme objet libidinal, il devient un soutien narcissique. Le groupe, qui joue le rôle de pourvoyeur de représentation, favorise les déplacements de la libido et la mise à distance des représentations trop érotisées. Ceci ouvre la porte aux nouveaux investissements et aux sublimations en engageant les processus de symbolisation. »*

(Revue Les psychothérapies de groupe chez l'enfant et l'adolescent : les tentations éducatives, Jean-Bernard CHAPELIER Dans Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe 2009/2 (n° 53), pages 9 à 27)

- *Dans le cadre des pathologies limites : Le groupe, par sa fonction contenantant fournissant un point d'étayage aux fonctions pare-excitations défaillantes, permet d'élargir ses indications aux enfants qui ont des difficultés à supporter un cadre et des limites. Le travail sur le groupe, sur sa constitution en tant qu'espace interne, avec la mise en place d'enveloppes, permet par intériorisation d'aménager un espace de pensée. Les médiateurs peuvent alors réduire les passages à l'acte, et le groupe doit se réunir plus souvent (au moins deux fois par semaine).*

(Revue Les psychothérapies de groupe chez l'enfant et l'adolescent : les tentations éducatives, Jean-Bernard CHAPELIER Dans Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe 2009/2 (n° 53), pages 9 à 27).

- *Les enfants psychotiques : G. Haag (1987) et S. Urwand (1993) étendent la possibilité d'une prise en charge groupale aux enfants autistes et psychotiques graves. Le groupe semble faciliter la possibilité d'élaborer, de transformer, de symboliser le monde des objets partiels projetés, alors que le thérapeute, seul avec l'enfant autiste ou psychotique, apparaît comme trop violemment séparé, mobilisant les angoisses persécutives et intrusives des étapes précoces du développement. « L'intensité de l'effet groupe, les rituels, le bain de paroles, la rythmicité des séances, les thèmes communs qui émergent rapidement, tous ces éléments permettent d'instaurer ou de restaurer, par réintégration de contenus ou morceaux de contenant clivés, projetés ou arrachés, l'état extrêmement précaire des contenants psychiques tenant rassemblées les parties de la personnalité.*

(Revue Les psychothérapies de groupe chez l'enfant et l'adolescent : les tentations éducatives, Jean-Bernard Chapelier Dans Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe 2009/2 (n° 53), pages 9 à 27).

Ces enjeux thérapeutiques individuel et groupal vont enclencher les processus thérapeutiques de transformations pour chaque enfant.

#### 4.2.3. Les processus thérapeutiques de transformation chez l'enfant

Les ateliers à médiation thérapeutique et la relation qui s'établie entre les soignants et le groupe permettent à chaque enfant de parvenir et d'enclencher un processus thérapeutique de transformation.

C'est la construction d'un espace de sensations, de symbolisation puis de pensée qui soutient le développement d'une parole subjective de l'enfant et qui lui permet de grandir.

Les processus de transformations sont :

- Restructuration psychique (sentiment d'unité, accès au Moi) et corporelle : de l'image de soi et de son corps
- Structuration de la pensée et figuration des représentations psychiques
- Elaboration d'un processus projectif
- Développement de la pensée dans le partage de la créativité
- Sortie de l'errance psychique et relationnelle, et accès à la socialisation
- Passage de la dépendance psychique à l'autonomie et à l'individuation
- Passage de l'imaginaire à la réalité
- Passage de l'omnipotence imaginaire à celui de l'expressivité
- Accès à la symbolisation entre la réalité psychique et la réalité externe
- Régulation des affects et des émotions, diminution et limitation des comportements auto/hétéro agressifs, pulsionnels et destructeurs
- Renforcement de la confiance en soi, revalorisation narcissique et développement de nouvelles ressources de l'enfant
- Acquisition de la capacité à faire des choix, à agir par lui-même, à établir de nouvelles expériences en toute sécurité

## 5. LA PHASE EXPLORATOIRE

### 5.1. Méthodologie de la phase exploratoire

#### 5.1.1. La démarche

Mon objectif de départ était d'aller à la rencontre d'infirmières dans les structures de pédopsychiatrie notamment dans les hôpitaux de jour, afin d'avoir des entretiens sur le thème suivant «*Les ateliers à médiations thérapeutiques en pédopsychiatrie* » Le but de ma démarche était de recueillir leurs témoignages sur leurs expériences et leurs pratiques.

J'ai donc rédigé une lettre manuscrite à la Directrice des Soins de la structure hospitalière concernée afin d'obtenir son autorisation. Après son accord, j'ai contacté la cadre de santé de l'hôpital de jour pour lui demander la permission d'effectuer des entretiens dans son unité, ce qu'elle a acceptés.

Les circonstances actuelles suite aux mesures de confinement lié au Covid 19 ont impactés mon projet. Je n'ai pas pu physiquement rencontrer ces soignantes. Toutefois j'ai pu obtenir leurs accords pour pouvoir leur envoyer un questionnaire par voie électronique.

#### 5.1.2. Modalités

J'ai élaboré un questionnaire semi directif composé de quatre questions ouvertes qui sont les suivantes :

- 1) Comment l'infirmière s'inscrit-elle dans un atelier thérapeutique pour que celui-ci soit efficace et porteur psychiquement pour l'enfant ?
- 2) Comment interagit le groupe au sein de l'atelier et quels sont les apports bénéfiques pour chaque enfant ?
- 3) Selon vous qu'est-ce qu'un cadre contenant ?
- 4) Quelle attitude doit adopter une infirmière vis-à-vis des enfants ?

Ce questionnaire a été envoyé à 6 infirmières travaillant en hôpital de jour en pédopsychiatrie. A ce jour je n'ai pu obtenir qu'une seule réponse.

## 5.2. ANALYSE

### 5.2.1. Analyse de l'entretien

Je vais réaliser l'analyse de l'entretien infirmier. Pour cela je vais reprendre chaque question et procéder à l'argumentation des réponses apportées.

**Question 1 :** Comment l'infirmière s'inscrit-elle dans un atelier thérapeutique pour que celui-ci soit efficace et porteur psychiquement pour l'enfant ?

Les propos de l'infirmière semblent indiquer que l'atelier thérapeutique résulte d'un ensemble d'actions pensé obligatoirement en équipe, et élaboré à partir du projet de soin individualisé de l'enfant (PSI). « *Un atelier thérapeutique est avant tout un projet d'équipe construit en équipe.* ». (Annexe 4).

L'atelier a pour but de répondre aux besoins identifiés de l'enfant suite au PSI « *En début d'année nous construisons des projets de soins individualisés en fonction des difficultés de chaque enfant.* » et doit être réévalué afin d'observer son efficacité. « *Au cours de l'année lors de temps de reprises d'ateliers ou de réunions cliniques l'équipe pluridisciplinaire évalue si les objectifs sont partiellement ou totalement atteints.* »

Il est rédigé sous la forme d'un protocole technique, précis qui détaille ses modalités, ses moyens et déroulements élaborés. Il détermine aussi les fonctions spécifiques des soignantes intervenants dans l'atelier, qui s'y investissent dans l'atelier et ceci tout au long de la durée de ce dernier, en tant que référentes.

La pratique de l'infirmière résulte à la fois de son rôle propre et prescrit. « *Chaque atelier est soumis à un protocole d'atelier explicitant le rôle de l'infirmière au sein de celui-ci.* » Elle collabore de préférence avec au minimum un autre soignant pouvant avoir une fonction identique ou différente (éducatrice, ide...). Elle est amenée à endosser deux positions qui ont chacune leurs importances : « *meneuse ou observatrice* ». « *L'infirmière peut y avoir un rôle très actif de meneuse d'atelier ou d'observatrice. Cette différence de posture permet d'avoir un regard plus riche et plus pertinent sur les bienfaits du soin pour l'enfant.* »

L'atelier doit respecter obligatoirement la notion essentielle suivante : la régularité.

La régularité du cadre (rappel des règles à chaque séance), du dispositif (même lieux, même endroit), du temps (même jour, même heure) et des références (les mêmes intervenants). Cela permet à l'enfant d'acquérir des repères sécurisants et réassurant, pour pouvoir s'impliquer

dans l'atelier. *« De manière générale l'atelier respecte une régularité dans le temps et les infirmières en sont référentes. 2 points essentiels qui permettent à l'enfant de bien se repérer et s'inscrire dans cet atelier. »* Chaque atelier dispose de son protocole propre. Toutefois ils sont tous soumis aux mêmes règles de respect de la régularité et des différents aspects qui composent ses bases. Un enfant peut s'inscrire dans différents ateliers qui se complètent.

L'infirmière précise l'importance des formations qui vont réactualiser leurs savoirs et faire évoluer leurs pratiques, comprendre les enjeux cliniques et psychiques de chaque atelier, les moyens à mettre en œuvre, élaborer des objectifs de groupe adaptés, et d'autres personnalisés à chaque enfant. *« Une formation en lien avec cet atelier thérapeutique peut également enrichir la pratique de l'infirmière et favoriser l'efficacité de celui-ci. »*

Elles permettent également, d'établir des échanges de pratiques avec d'autres soignantes, de découvrir de nouveaux concepts et techniques pouvant être expérimentés dans les structures, de partager ces nouveautés avec l'équipe pluridisciplinaire. La formation donne aussi l'opportunité d'obtenir des points de vue et des éclaircissements sur des situations vécues en atelier ou sur l'élaboration de ce dernier, qui interpellent l'infirmière. Ce qui l'aidera à dénouer la ou (les) situation(s) problématique(s).

**Question 2** : Comment interagit le groupe au sein de l'atelier et quels sont les apports bénéfiques pour chaque enfant ?

Chaque enfant qui compose le groupe a sa propre individualité. *« L'expression de chacun y a toute sa place. »* Celle-ci s'exprime soit par le langage verbal, soit par le non verbal ou les deux. Les enfants qui présentent des difficultés à communiquer disposent d'outils d'aide à la communication comme par exemple l'utilisation de pictogrammes. *« Elle peut être corporelle ou verbale, et accompagnée d'outils d'aide à la communication. »*. Ce qui constitue le groupe c'est chaque individualité qui va se fondre les unes avec les autres, s'influencer, interagir pour former un « tout », un « ensemble » le groupe. Or, les enfants présentent des difficultés à interagir, à être en relation avec leurs pairs, avec les adultes, à se socialiser. Généralement la constitution du groupe est établie par niveau de compétence mais quand cela n'est pas possible, sa constitution se montre plus hétérogène ce qui peut être intéressant à observer. *« Les groupes sont souvent établis par niveau de compétences mais ce n'est pas toujours le cas. Cette hétérogénéité peut malgré tout être très enrichissante. »* La richesse du groupe et sa dynamique contenue par le cadre thérapeutique et régulée par les soignants, va aider chaque enfant à communiquer et à entrer en relation avec l'autre mais

aussi à atteindre certains de ses propres objectifs comme l'ouverture à l'autre, la socialisation, l'acquisition des habiletés sociales. Pour apprendre à communiquer, l'enfant va passer par l'étape du mimétisme, une forme comportementale transitoire utilisée dans la période qui précède l'acquisition du langage. « *Le processus d'imitation est un prérequis à la relation et la communication. Dans les ateliers de groupe les enfants interagissent donc souvent par mimétisme.* » Le mimétisme va permettre l'élaboration de la pensée symbolique, de la construction des structures cognitives, l'interaction avec l'environnement mais aussi la prise de conscience de soi, de l'autre, de la différenciation entre soi et l'autre, de jouer avec l'autre, d'entrer en relation avec autrui, donc s'autonomiser et se socialiser.

Les soignants sont porteurs des relations groupe/enfant qui vont s'effectuer au sein des ateliers thérapeutiques, mais aussi de la distance relationnelle et émotionnelle qui va se jouer dans cette relation afin qu'elle ne soit pas vécue comme intrusive, agressive, fusionnelle. « *L'adulte est garant du cadre thérapeutique et juggle la dynamique du groupe.* » Cela va permettre de préserver les individualités de chacun, de permettre aux enfants d'atteindre leurs propres objectifs « *chaque enfant n'en retirera pas forcément le même bénéfice puisque chaque enfant a des objectifs qui lui sont propres* » et les objectifs communs au groupe : interagir ensemble par la communication, s'ouvrir à l'autre, travailler les acquisitions des habiletés sociales et accéder à la socialisation, à l'autonomie et à l'individuation. « *Les objectifs généraux du groupe sont : susciter l'intérêt pour la relation, la communication, et l'ouverture vers l'autre ; le savoir-être au sein d'un groupe et l'acquisition des habiletés sociales y sont également travaillés* ». Le groupe va aider l'enfant à atteindre ses propres objectifs.

**Question 3** : Selon vous qu'est-ce qu'un cadre contenant ?

Selon l'infirmière, le cadre est un contenant psychique basé sur des règles et lois institutionnelles et spécifiques à l'atelier. Il permet l'intégration des limites, des interdits, des différences entre le bon/ mauvais, le bien/le mal mais aussi à l'intégration de la différenciation entre sa propre réalité/ la réalité extérieur, le soi/non soi, le dedans/dehors, l'acquisition d'une unité corporelle et psychique. Il est établi selon deux critères : rythmicité et régularité. La rythmicité concerne la répétitivité des règles et des consignes qui seront rappelées à chaque séance. « *Les consignes sont clairement énoncées et rappelées* » La régularité concerne la permanence des bases citée lors de la première question, constituant les fondements de l'atelier, repérant pour l'enfant. « *Le lieu reste dans la mesure du possible le même.* »

Le cadre permet à l'enfant d'apprendre à respecter ses pairs, les règles de groupe, de socialisation mais aussi à prendre soin d'autrui et de son environnement (matériel...). Il apprend à l'enfant à identifier, contenir, maîtriser son agressivité (verbale, physique..), ses émotions afin de pouvoir s'inscrire dans un processus de travail sur soi dans l'objectif d'obtenir de nouvelles acquisitions.

Des supports vont être utilisés pour aider l'enfant à comprendre et à accepter ce cadre et les règles comme par exemple : écrire les règles sur un papier sous la forme d'un contrat, qui seront dictées par les enfants, signée par eux. *« Les consignes sont clairement énoncées et rappelées grâce à différents supports et l'enfant a clairement distingué quelles étaient les limites, les règles de cet atelier et ce que l'on attend de lui ».*

Les référents d'ateliers sont aussi garants du cadre. Ils constituent des repères rassurants et sécurisants faisant références aux figures d'attachements sur lequel s'appuie l'enfant pour pouvoir se sécuriser. *« Il a repéré une ou des personnes ressources sur lesquelles il peut s'adosser (référent d'atelier) »* Ce sont eux qui vont par leur posture faire respecter le cadre comme par exemple adopter une attitude ferme, tenir le cadre sans vaciller quelque soit la réaction de l'enfant. Un cadre efficace et contenant va contribuer à une diminution effective des angoisses, à un comportement psycho affectif et psycho moteur posé, serein. Un cadre non contenant contribuerait à l'exacerbation des angoisses, à des agitations psycho motrice, à des désorganisations psychoaffectives et à l'omnipotence de l'enfant.

*« Dans le cadre d'un atelier thérapeutique, un cadre contenant c'est un cadre d'atelier qui permet à un enfant de faire des acquisitions de par la sérénité psycho affective que ce cadre génère. »*

L'atelier thérapeutique est un soin qui doit être repéré par l'enfant, et sa famille et porté par l'équipe pluridisciplinaire. Le consentement au soin des parents est obligatoire. Il est important qu'il soit identifié et accepté par eux. Il est essentiel pour l'enfant de savoir que ses parents ont collaboré avec le médecin et l'équipe et qu'ils ont donné leurs accords pour que ce dernier participe à l'atelier prévue pour lui. *« Le soin est programmé, repéré et validé tant par l'équipe pluridisciplinaire que par la famille ».* Cette annonce va aider l'enfant à accepter le cadre, l'atelier et à s'y investir.

C'est la posture et l'implication des soignantes qui vont élaborer le cadre, l'atelier thérapeutique est un support de soin physique et psychique de la relation.

**Question 4 :** Quelle attitude doit adopter une infirmière vis-à-vis des enfants?

La réponse de l'infirmière fait référence aux compétences et aux valeurs de la pratique infirmière. L'infirmière par son savoir, son savoir-faire va observer et analyser les comportements de l'enfant. *« L'infirmière doit s'adapter à l'âge et aux troubles de chaque enfant. »* Son approche auprès des enfants va être spécifique et adaptée à chacun d'eux, en adoptant une posture bienveillante, posée, douce, d'écoute, de patience, de réassurance. *« Elle doit évidemment faire preuve de douceur, de patience et de bienveillance. »* Elle doit parvenir à adapter sa posture en fonction des situations et faire face aux imprévus. Elle contribue dans sa relation avec l'enfant à le porter psychiquement (holding) et physiquement (handling) et à être cadrante quand cela lui semble nécessaire. *« Au vu du profil et de la situation elle doit savoir osciller entre réassurance, maternage, autorité et fermeté. Elle doit garantir également la sécurité physique de l'enfant »* Elle a pour fonction de maintenir ou rétablir le lien entre l'enfant et sa famille (ses parents) et de les inclure activement dans la prise en soin de leur enfant. *« Travailler auprès des enfants c'est également savoir travailler auprès des familles ».*

#### 5.2.2. Synthèse de l'analyse des réponses de l'infirmière

L'atelier n'est pas thérapeutique en lui-même. Ce sont les différentes fonctions qu'il représente qui sont thérapeutiques (fonction cadrant, transitionnelle, d'holding, d'handling...). Ces fonctions ne peuvent avoir de sens et ne peuvent faire sens à l'enfant sans l'implication de ses parents mais aussi de l'implication soignante de l'infirmière, des soignants intervenant dans l'atelier et celle de l'équipe pluridisciplinaire. La posture que l'infirmière va élaborer auprès de l'enfant va déterminer sa relation avec lui. Cette posture implique l'élaboration de la pratique infirmière et de ses compétences : savoir, savoir-faire et savoir être. Qu'elle soit meneuse ou observatrice elle représente le tremplin évolutif de l'enfant. Son interaction, son investissement auprès de lui, auprès du groupe, est le moteur d'une dynamique ascensionnelle. L'infirmière, la soignante collaborant avec elles portent le groupe et chaque enfant psychiquement et physiquement, soutenues en arrière-plan par l'ensemble de l'équipe.

Toutefois l'investissement de ces soignantes ne peut s'établir auprès de l'enfant sans les fonctions représentatives des ateliers thérapeutiques. Véritables médiateurs de la relation soignant/ enfant /groupe, l'atelier thérapeutique est un soin où se juxtapose de manière interdépendante : la pratique infirmière, la relation, et les fonctions médiatrices de l'atelier thérapeutiques. C'est une thérapie significative pour l'enfant, sa famille et le groupe qui est rendue possible grâce à la capacité des soignants à penser le soin pour panser les maux.

### 5.3. Question de recherche

#### 5.3.1. Cadre conceptuel

Quatre thèmes principaux sont mis en évidence par les propos de l'infirmière : les ateliers à médiations thérapeutiques, le soin, la pratique infirmière et la relation enfant/ide/groupe.

Je vais à présent élaborer une analyse comparative des 4 thèmes énoncés ci-dessus à partir du cadre conceptuel et de l'entretien exploratoire de l'infirmière interrogée.

#### **L'atelier à médiation thérapeutique :**

Le cadre conceptuel et les propos de l'infirmière se rejoignent pour définir l'atelier thérapeutique ainsi :

Un ensemble d'activités structurante, s'appuyant sur l'utilisation d'objets médiateurs (peinture...), visant à établir un espace psychique symbolique et transitionnel, repérant pour l'enfant et propice à la rencontre et à l'expressivité. Comme l'indique Anne Brun (psychanalyste) « *Les dispositifs thérapeutiques à médiation, se réfèrent au contraire directement au champ de la psychothérapie psychanalytique car ils sont fondés sur la prise en compte de la dynamique transférentielle, focalisée par l'objet médiateur, Il s'agit cette fois d'interroger la dynamique psychique sous-jacente au travail du médium malléable, l'appropriation subjective des enjeux du travail de symbolisation ,ce qui implique une absence d'exposition des productions et des groupes fermés ou semi-ouverts, pour rendre possible le travail à partir de l'appareil psychique groupal . Dans ce type de dispositif à visée thérapeutique directe, la matérialité de l'objet médiateur doit être envisagée comme une matière à symbolisation ; l'associativité individuelle et groupale, focalisée par le médium malléable, est exploitée, et enfin, la prise en compte de la sensori-motricité conditionne le positionnement et le travail d'interprétation des thérapeutes. »*

(<http://www.carnetpsy.com/article.php?id=1867&PHPSESSID=gafjuplmpith1hur66b30p28s3> ).

L'infirmière interrogée rajoute : « *Le processus d'imitation est un prérequis à la relation et à la communication. Dans les ateliers de groupe les enfants interagissent donc souvent par mimétisme. L'expression de chacun y a toute sa place. Elle peut être corporelle ou verbale, et accompagnée d'outils d'aide à la communication.* ». (Annexe 4).

Les objets médiateurs ont les fonctions d'interprète, de médiateur, transformateur, de transmetteurs, de symbolisateur. Ils mobilisent la souffrance psychique et favorisent sa mise au travail de manière individuelle et groupale. Ils sont au service de la créativité et de la relation qui s'effectue entre l'enfant, l'infirmière mais aussi le groupe. Anne Brun décrit ceci : « *L'intérêt de ces thérapies à médiation revient donc à prendre en compte le langage du corps et de la sensori-motricité comme vecteur de symbolisation.* » ..... « *Il s'agit de rendre signifiants, dans la restauration de la relation primaire à l'objet, les mouvements, les sensations, les vécus corporels d'ordre cénesthésique, kinesthésique, mimo- gestuo-postural, de donner une valeur de message aux éprouvés de l'enfant, notamment par le partage d'affects, et de les doter d'un sens partageable avec les thérapeutes et le groupe, processus au cours duquel les sensations pourront progressivement se transformer en émotions. Le travail thérapeutique au sein de cadres-dispositifs à médiation amorcera ainsi un accès à la figurabilité, par un processus de passage du registre sensori-moteur au figurable.* »

(Revue L'acte de création et ses processus dans les médiations thérapeutiques pour enfants autistes et psychotiques, Anne BRUN, Dans *Enfances & Psy* 2013/4 (N° 61), pages 109 à 117).

Les propos de l'infirmière « *Les groupes sont souvent établis par niveau de compétences mais ce n'est pas toujours le cas. Cette hétérogénéité peut malgré tout être très enrichissante. Chaque enfant n'en retirera pas forcément le même bénéfice puisque chaque enfant a des objectifs qui lui sont propres* » indiquent que le choix des objets à médiation doit être mûrement réfléchi et être adapté aux caractéristiques qui composent le groupe (âge, compétences, troubles des enfants...). (Annexe 4).

Les ateliers thérapeutiques sont considérés comme un soin technique et relationnel constitué à partir d'un projet élaboré en équipe pluridisciplinaire en s'appuyant sur le projet de soin

individualisé de l'enfant qui énumère les difficultés, les points forts, les objectifs de soin et les besoins de celui-ci. L'infirmière décrit ceci « *Un atelier thérapeutique est avant tout un projet d'équipe construit en équipe. En début d'année nous construisons des projets de soins individualisés en fonction des difficultés de chaque enfant* » (Annexe 4).

Ce soin doit être, structuré, prescrit, rédigé sous la forme d'un protocole. Il est inscrit dans une durée définie par l'ensemble de l'équipe et est réévalué afin d'observer son efficacité ou son inefficacité comme l'indique l'infirmière « *Au cours de l'année lors de temps de reprises d'ateliers ou de réunions cliniques l'équipe pluridisciplinaire évalue si les objectifs sont partiellement ou totalement atteints.* » Il est également soumis à un cadre institutionnel inflexible garant de la loi, et à un cadre spécifique à chaque atelier (consignes, règles de l'atelier...). Pour Danielle Hans (psychosociologue) le cadre permet « *de contenir ce qui, dans l'espace psychique des sujets et des groupes, risque de se fragmenter, de se dissoudre et de se perdre dans des actes d'autodestruction. Le cadre institutionnel est cette enveloppe protectrice dont la présence est invisible et qui fait tenir ensemble ce qui risque de se disjoindre, d'abord au niveau des processus intersubjectifs, puis au niveau intrapsychique lorsque le lien à l'autre et aux autres vient heurter les constructions internes. Une deuxième fonction est celle de limiter de l'extérieur l'agir de l'individu pour permettre la préservation d'un espace de développement psychique et le maintien des liens intersubjectifs. Notons que cette limitation est moins un contrôle des conduites en vue de les transformer selon des normes acceptables pour la collectivité (ce que pensent bon nombre de professionnels) qu'un moyen de mettre de la différenciation entre le Moi et l'autre, entre l'intérieur de soi et l'extérieur. C'est grâce à ces repères symboliques que peuvent se réguler les échanges en instituant la différenciation des places, des sexes et des générations. Les délimitations offertes par le cadre ont trait à l'espace et au temps, elles permettent de séparer et de réunir, de prendre conscience que tout n'est pas possible, n'importe où, à n'importe quel moment et de n'importe quelle façon.* »

(Revue Le cadre institutionnel dans ses rapports à la transgression et à la loi, Danielle HANS, Dans Adolescence 2013/1 (T. 31 n°1), pages 153 à 160).

Les propos de l'infirmière interrogée complètent ces propos : « *un cadre contenant, c'est un cadre d'atelier qui permet à un enfant de faire des acquisitions de par la sérénité psycho affective que ce cadre génère. Les consignes sont clairement énoncées et rappelées grâce à*

*différents supports et l'enfant a clairement distingué quelles étaient les limites, les règles de cet atelier et ce que l'on attend de lui. ».* (Annexe 4).

Ce cadre repose sur deux principes fondamentaux pour que ce soin soit porteur et efficace : régularité et rythmicité permanente.

Les soignants intervenant au sein de cet ateliers sont appelés référents et constituent des repères symbolique aux enfants. Ces référents doivent être permanent et ceci pendant toute la durée de l'atelier thérapeutique. Il est important que ce soin soit reconnu par l'enfant, sa famille mais aussi par l'équipe et les soignants qui s'y investissent. Pour Philippe GABBAI (neuropsychiatre), *« les activités doivent être soumises à une régularité : même heures, même jour. Les arrêts des ateliers doivent être énoncés et expliqués aux enfants. La permanence des lieux doit être assurée, « facteur de sécurité et de la survivance du cadre », tout changement doit être pensé, et expliqué aux enfants, la permanence des thérapeutes soignants doit être respectées (même personne) ainsi que celles des participants. Toute inclusion d'enfants supplémentaire doit être prescrit, et expliquée aux enfants avant l'admission de ces derniers dans les ateliers. Toute absence (enfants, thérapeutes) doit être énoncée aux enfants. »*

L'infirmière confirme ceci *« De manière générale l'atelier respecte une régularité dans le temps et les infirmières en sont référentes : deux points essentiels qui permettent à l'enfant de bien se repérer et s'inscrire dans cet atelier. Le lieu reste dans la mesure du possible le même. »* ; (Revue Les médiations thérapeutiques, Philippe GABBAI, Revue santé mentale, N°111, octobre 2006, page 24 à 29).

Ce soin constitue un support à la relation, une méthode de médiation à la relation, à la créativité, à la sublimation. Sa fonction thérapeutique dépend de l'engagement des soignants et de l'enfant ainsi que de sa famille. Pour Thierry Amouroux, diplômé de l'Institut éthique et soins hospitaliers cela correspond à *« donner du sens à un acte technique afin de le rendre acceptable pour le malade car c'est toute la différence entre l'acte réalisé sur le corps objet, et le sens qu'il peut prendre pour la personne soignée au travers de son corps sujet. ».* (<http://www.syndicat-infirmier.com/Relation-soignant-soigne-respecter.html>).

Pour l'infirmière, ce soin *« est programmé, repéré et validé tant par l'équipe pluridisciplinaire que par la famille ».* Elle rajoute *« travailler auprès des enfants c'est également savoir travailler auprès des familles. »*

Ce ne sont pas les résultats des créations qui importent mais les bénéfices que l'enfant retire de cette pratique. Comme l'expose Bernard Chouvier (professeur de psychologie clinique), « *une externalisation des part psychiques les plus cachées à travers lesquelles le sujet se découvre lui-même et prend conscience de son être profond, l'expression est avant tout décharge des excitations pulsionnelle, mais une décharge détournée quant au but et transportée de manière sublimatoire. C'est ce mécanisme de transformation interne qui s'opère grâce aux objets médiateurs et qui constitue l'expression identitaire de soi* ». (Revue La médiation dans le champ psychopathologique, Bernard CHOUVIER, Dans Le Carnet PSY 2010/1 (n° 141), pages 32 à 35).

Toutefois, l'infirmière précise « *Chaque enfant n'en retirera pas forcément le même bénéfice puisque chaque enfant a des objectifs qui lui sont propres* »

La finalité de l'atelier à médiation thérapeutique consiste pour l'infirmière de proposer « *des situations de soins contenant, lieux d'expériences psychiques non dangereuses, (Nicole CARBOU, Valérie GUEUDRY, Bernard LEGENDRE, Pascale LE VILLAIN, Marie-Claude NIEL, cadres de santé). ([http://ancien.serpsy.org/formation\\_debat/REFERENTIEL.html](http://ancien.serpsy.org/formation_debat/REFERENTIEL.html))* permettant de trouver « *une sérénité psycho affective* » ( *infirmière*), propice à l'élaboration de l'expressivité, de la créativité, de la découverte de soi, d'accompagner l'enfant et de l'amener vers un processus transitionnel ( réalité intérieure/extérieure), de favoriser l'ouverture vers l'autre, et de garder leur avenir ouvert. L'atelier à médiation thérapeutique ne consiste pas à la résolution de symptômes mais il a pour but de permettre à ces enfants dans la mesure du possible d'être des adultes en devenir.

### **Le soin :**

L'atelier thérapeutique est un soin. Il comporte deux aspects : technique et relationnel.

Sa technicité relève du protocole indérogable, à réaliser dans un ordre, une organisation, un déroulement précis où toutes les fonctionnalités et caractéristiques seront énoncées ainsi que les fonctions des soignants qui s'y investissent. Les propos de l'infirmière l'expliquent : « *Chaque atelier est soumis à un protocole d'atelier explicitant le rôle de l'infirmière au sein de celui-ci* ». Dans ce cadre l'intervention de l'infirmière relève de son rôle prescrit. Le décret d'actes et d'exercice infirmier relatif au Décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004 le spécifie : «

Article R. 4311-7 : *L'infirmier ou l'infirmière est habilité à pratiquer les actes suivants soit en application d'une prescription médicale qui, sauf urgence, est écrite, qualitative et quantitative, datée et signée, soit en application d'un protocole écrit, qualitatif et quantitatif, préalablement établi, daté et signé par un médecin* : 42° *Entretien individuel et utilisation au sein d'une équipe pluridisciplinaire de techniques de médiation à visée thérapeutique ou psychothérapique* ». (<https://www.legifrance.gouv.fr>). L'atelier à médiation thérapeutique relève d'une prescription médicale. Ce soin repose sur des fondements, des théories plus ou moins complexes, des savoirs dont il faut connaître pour comprendre son fonctionnement, ses enjeux (comme par exemple la théorie de l'objet et phénomène transitionnel Winnicott, la théorie de l'attachement de Bowlby, les mécanismes psychopathologiques de l'enfant ...). Ces connaissances sont indispensables à l'acquisition de la compétence professionnelle. Elles sont aussi essentielles pour l'assimiler, le mettre en place, s'y investir et répondre aux besoins de l'enfant. Comme l'explique également, DELIEUTRAZ Séverine (infirmière), « *Dans le soin, l'infirmière est dans la position rassurante, de celui en capacité d'agir, contrairement à l'image représentée du patient en perte de maîtrise, en position passive. Le but des soignants c'est de comprendre ce que vit l'enfant, quelle que soit la cause de la pathologie parce que la communication de cette compréhension profonde va les aider* ». (Revue *Le vécu d'impuissance chez le soignant : entre pertes et élan retrouvé*, Séverine DELIEUTRAZ, Dans *Cliniques* 2012/2 (N° 4), pages 146 à 162).

Les propos de l'infirmière interrogée précise : « *Une formation en lien avec cet atelier thérapeutique peut également enrichir la pratique de l'infirmière et favoriser l'efficacité de celui-ci* ». Ils sont complétés par ceux de Martha Rogers (infirmière et théoricienne en soins infirmiers) qui définit les soins infirmiers ainsi : « *à la fois un art et une science reposant sur une base de connaissances uniques nées de l'analyse logique et de la recherche scientifique, capables d'être transformées en pratique infirmière* ». ([http://www.reseau-asteria.fr/CADCI/ARSI\\_THEORIES\\_INFIRMIERES.PDF](http://www.reseau-asteria.fr/CADCI/ARSI_THEORIES_INFIRMIERES.PDF)). Cette technicité repose aussi sur un savoir-faire, relevant des compétences, et de l'expérience issue de la pratique des soignants. Elle devra être remise en question, et réactualisées par le biais de la formation, et de recherches personnelles, afin que cela puissent entretenir leur désir de s'engager professionnellement de manière suffisante, pour s'approprier le soin et confectionner un costume thérapeutique sur mesure pour l'enfant.

La spécificité relationnelle ne peut être dissociée du soin technique. Elle le complète, renforce son efficacité et lui donne une signification qui va être perçue par l'enfant, qui va l'accepter et qui va l'aider à s'inscrire dans un processus thérapeutique. La relation va permettre à l'infirmière d'apprendre à le connaître, de l'observer, de le comprendre, de l'accompagner vers un mieux-être. Comme le précise l'infirmière : « *L'infirmière peut y avoir un rôle très actif de meneuse d'atelier ou d'observatrice. Cette différence de posture permet d'avoir un regard plus riche et plus pertinent sur les bienfaits du soin pour l'enfant.* ». (Annexe 4). L'atelier à médiation thérapeutique va permettre d'élaborer un point de rencontre, un point d'émergence de la relation, garante de la qualité du soin. Walter HESBEEN (infirmier et docteur en santé publique) résume bien ceci « *L'accueil, l'écoute, la disponibilité et la créativité des soignants, combinés à leurs connaissances de nature scientifique et habiletés techniques, apparaissent comme les déterminants essentiels de soins de qualité* ». (La qualité du soin infirmier, De la réflexion éthique à une pratique de qualité, Walter HESBEEN, édition roman jeunesse (broché), 161 pages).

### **La pratique infirmière :**

La pratique infirmière relève d'un engagement professionnel, régit par des législations comme Le décret d'actes et d'exercice infirmier : « *le Décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux parties IV et V (dispositions réglementaires) du code de la santé publique faisant référence au Livre III — Titre I : relatif à la Profession d'infirmier ou d'infirmière , Chapitre I Exercice de la profession — Section 1 Actes professionnels et comportant les articles : Article R. 4311-1 Article R. 4311-5 Article R. 4311-6 Article R. 4311-7.* ». (<https://www.legifrance.gouv.fr>).

Cet engagement repose sur l'élaboration de la pratique infirmière constituée à partir d'un savoir, savoir être et savoir-faire, contribuant à l'élaboration de l'identité infirmière. Cette identité est importante pour que l'infirmière puisse élaborer une posture soignante en concordance avec ses valeurs, l'exercice de sa profession, la confection du soin et son inscription au sein de l'équipe pluridisciplinaire. Pour Margot Phaneuf infirmière, « *cette connaissance de soi, s'établit autour de la confiance en soi, l'estime de soi, la capacité d'affirmation de soi et d'auto-évaluation. La perception et l'acceptation de nos émotions vont permettre le développement des compétences professionnelles (l'écoute, l'empathie, la communication, l'observation, savoir créer la relation....).* C'est en acquérant et en prenant

*conscience de ses valeurs, que l'infirmière pourra investir la relation, en mettant en œuvre sa disponibilité psychique, physique, sa fonction soignante et sa propre créativité.»* ([http://www.prendresoins.org/wpcontent/uploads/2012/11/Quelques\\_reperes\\_pour\\_evaluer\\_attitudes\\_et\\_comportements\\_en\\_soins\\_infirmiers1.pdf](http://www.prendresoins.org/wpcontent/uploads/2012/11/Quelques_reperes_pour_evaluer_attitudes_et_comportements_en_soins_infirmiers1.pdf)). Les missions de l'infirmière en pédopsychiatrie sont multi dimensionnelles, et consistent entre autre à favoriser le développement de l'enfant, instaurer des soins, et être éducatifs comme la gouvernance des ateliers à médiation thérapeutique. Elles requièrent des compétences spécifiques où les formations, le travail en équipe vont enrichir la pratique infirmière.

La spécificité de la pédopsychiatrie se définit par un travail en collaboration avec les familles et les partenaires impliqués dans la prise en soin de l'enfant. L'infirmière interrogée l'explique bien : *« Travailler auprès des enfants c'est également savoir travailler auprès des familles. Une approche systémique est donc nécessaire. »*. (Annexe 4).

### **La relation enfant/infirmière/groupe :**

L'infirmière occupe un rôle majeur au sein de cette relation. L'infirmière représente le créateur de lien pour l'enfant, le groupe par l'entremise des objets médiateurs, les médiums malléables. Ces derniers mobilisent la souffrance de l'enfant, la rend plus supportable, la transforme et la sublime afin que l'enfant puisse s'insérer dans un processus de réparation, de symbolisation, et de transformation pour construire un chemin de vie compatible avec son état. Ils vont également permettre d'établir un point de rencontre où l'enfant va percevoir l'infirmière et le groupe comme des sujets à part entière et distinct de lui. Il va apprendre, réapprendre à communiquer, à s'ouvrir aux autres, à avoir confiance en lui, et faire confiance à ses pairs et aux adultes. C'est à partir de cela que la relation va prendre son sens et par conséquent devenir soin. Comme l'affirme Catherine DESHAYS (psychothérapeute) : *« la relation est au cœur de l'accompagnement à la personne et est au carrefour de toute action dans le milieu professionnel »*. (Trouver la bonne distance avec l'autre Grâce au curseur relationnel, Catherine DESHAYS - 3e édition Collection : Soins et Psy, Inter Editions ,240 pages).

Pour que ceci soit effectif, l'infirmière va endosser une posture bienveillante, une présence d'écoute authentique, où elle va accueillir l'enfant dans son entité, sa souffrance telle qu'il l'exprime, l'expose. L'infirmière interrogée rajoute *« Elle doit évidemment faire preuve de*

*douceur, de patience et de bienveillance* » La soignante va alors apporter une symbolique à la pathologie et à la souffrance de l'enfant. Elle va donner du sens à ce que celui-ci vit, ressent. Par sa posture soignante elle va prendre soin de lui, l'aider à se considérer en tant que sujet, lui rappeler son appartenance au sein de la conjoncture du groupe présent dans les ateliers, mais aussi dans la conjoncture familiale, environnementale.

L'accompagnement de l'enfant dans ce processus de réparation, de transformation peut amener l'infirmière à s'inscrire dans une position maternante, et/ou d'autorité. L'infirmière affirme ceci : « *Au vu du profil et de la situation elle doit savoir osciller entre réassurance, maternage, autorité et fermeté. Elle doit garantir également la sécurité physique de l'enfant* ». Ce positionnement peut l'induire à endosser le rôle représentatif des figures d'attachement pour l'enfant. Une substitution effective qui ne remplace pas et ne prend pas la place des figures d'attachements authentiques que représentent les parents et la famille. Cette distance proximale et /ou plus distante effectuée par l'infirmière est spécifique à chaque situation, à chaque enfant. Les propos de la soignante précisent : « *L'infirmière doit s'adapter à l'âge et aux troubles de chaque enfant* » Toutefois, une prise de recul est nécessaire afin que l'infirmière et l'enfant ne se perdent pas dans une relation fusionnelle, intrusive, agressive ou par l'instauration de mécanismes de défenses, tel que la projection, le clivage, le transfert et contre transfert. Le cadre institutionnel et de l'atelier, les supervisions, l'animation des ateliers à deux soignants (au minimum), le travail en équipe pluridisciplinaire, l'intervention d'une tierce personne symbolique mais aussi les objets médiateurs, vont permettre de médiatiser cette relation.

La place du groupe a toute son importance, elle va aider l'enfant à réaliser ses propres objectifs. La dynamique groupale va influencer la dynamique personnelle de chaque enfant, suscitant en lui, une identification et une reconnaissance de sa propre identité par l'individualisation et l'autonomisation, et une ouverture vers l'autre notamment par la posture du faire semblant. L'infirmière précise : « *Le processus d'imitation est un prérequis à la relation et la communication. Dans les ateliers de groupe les enfants interagissent donc souvent par mimétisme* ». Mais chaque individualité qui compose le groupe va aussi contribuer à sa mise en forme. Michèle MONJAUZE (psychothérapeute) affirme « *Le fonctionnement psychique du groupe est différent de la somme des fonctionnements psychiques des individus qui le composent: un groupe fonctionne comme s'il existait un*

*appareil psychique groupal dont les caractéristiques tendent à être interdépendantes de la nature des participants, car chaque individu agit sur le groupe en apportant ses caractéristiques propres* ». (MONJAUZE. M, Des entretiens individuels et familiaux au travail de groupe (Éditions In Press, 2008)). Le groupe a également ses objectifs et enjeux propres. L'infirmière complète ces propos : « *Chaque enfant n'en retirera pas forcément le même bénéfice puisque chaque enfant a des objectifs qui lui sont propres. Les objectifs généraux du groupe sont : susciter l'intérêt pour la relation, la communication, et l'ouverture vers l'autre ; le savoir-être au sein d'un groupe et l'acquisition des habiletés sociales y sont également travaillés* »

L'infirmière est garante du groupe et de sa dynamique pour l'inscrire dans un processus thérapeutique, comme l'indique la soignante interrogée : « *L'adulte est garant du cadre thérapeutique et juggle la dynamique du groupe* ». Elle va faire appel à toute sa créativité. L'utilisation des objets à médiation, vont susciter et mobiliser ce potentiel créatif chez chaque enfant et dans le groupe par le biais du jeu. Todd Lubart (professeur de psychologie) désigne la créativité comme « *une séquence d'événements, de pensées, d'actions amenant un individu de la page blanche à la production* » Susciter l'intérêt ludique de l'enfant pour qu'il puisse trouver une satisfaction à s'investir dans l'atelier, le soin, la relation. Provoquer chez lui la sensation de plaisir de créer et de se recréer. Susciter au sein du groupe, l'envie, le désir chez chaque enfant d'interagir ensemble, de travailler ensemble, de partager leurs créations avec satisfaction et reconnaissance et de retirer les bénéfices thérapeutiques de ce cheminement. Thierry MENISSIER, Fabienne Martin LUCHAT, Valérie LEPINE (professeurs d'université en philosophie, pratiques et langages) rajoutent ceci : « *Faire pratiquer la créativité à un collectif offre l'opportunité de lui faire vivre des émotions fortes, notamment celles engendrées par l'imagination, par l'ouverture à des possibles imprévus et par la surprise de vivre des situations inattendues* ».

(<https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-01664580/document>).

La qualité environnementale, familiale, sécurisante, affective dont dépend la qualité du développement de chaque enfant et du groupe résultent de l'engagement professionnel du soignant.

#### 5.4. Conclusion de l'enquête

L'enquête exploratoire, et l'élaboration de l'analyse qui confronte mes recherches théoriques aux vécus de la pratique infirmière en pédopsychiatrie, ont considérablement enrichi ma perception de la pédopsychiatrie. Ils m'ont permis de comprendre ce qu'est l'atelier à médiations thérapeutique, de connaître toutes les spécificités (théoriques et pratiques) qui l'entourent. Cela m'a aussi apporté un regard nouveau sur la pratique infirmière et de découvrir l'engagement de celle-ci dans ce soin technique et relationnel.

Toutefois, un questionnaire n'est pas assez suffisant et il aurait été préférable d'en obtenir davantage afin d'enrichir le regard porté sur les pratiques et l'expérience des infirmières. En effet, chaque témoignage est unique, spécifique à leurs connaissances, leurs vécus, et leurs ressentis. La richesse multi expérimentale de chacune aurait rendu cette analyse de meilleure qualité. De plus, rencontrer ces soignantes physiquement ne peut qu'améliorer ce questionnement où chaque gestes, silences, mimiques qui accompagnent les mots ont toutes leurs significations et apportent une authenticité précieuse. En effet, nous nous exposons à la découverte, à l'imprévu et à l'écoute lors de ces entretiens, où ces personnes se livrent et se laissent deviner. Dans cette démarche l'éthique est un point central, tout se joue dans la relation d'enquête, l'objectif n'est pas de généraliser, mais de proposer des nuances par rapport aux connaissances acquises.

La réalisation du questionnaire aurait pu être plus élaborée, en proposant des questions amenant l'infirmière à témoigner de son vécu personnel, rendant la compréhension de ce témoignage plus concret, et plus parlant.

Tout cela m'a permis également de réajuster ma problématique.

Ma problématique actuelle est la suivante : Les médiations thérapeutiques s'inscrivent dans un dispositif de soin qui nécessite une rythmicité cadrant permanente porteuse pour l'enfant mais qui oblige l'infirmière médiatrice à « inventer constamment le soin »

La rédaction de ce mémoire m'a permis de comprendre que les médiations sont un soin, structuré et régit par un cadre indérogable, permettant à l'enfant d'acquérir des repères symboliques et sécurisants pour qu'il puisse accepter le soin et s'y investir. Le soin protocolisé ne peut être constamment modifié. Il va être adapté à chaque pathologie, et aux compétences des enfants mais la structure reste identique pour tous les ateliers. Toutefois,

c'est la posture de l'infirmière qui va être mobilisé constamment pour s'ajuster à chaque situation, chaque enfant, chaque relation qu'elle soit individuelle ou groupale. Cette posture va être « réinventée » par la capacité créative de l'infirmière mais aussi par son aptitude à s'engager dans la relation, au sein de l'atelier, auprès de l'enfant, de sa famille du groupe et de l'équipe afin de susciter chez l'enfant un intérêt ludique pour s'inscrire dans un processus thérapeutique.

Le réajustement de ma problématique est par conséquent :

Les médiations thérapeutiques sont un soin structuré, défini par un cadre inflexible mais qui oblige l'infirmière à réajuster constamment sa posture vis-à-vis de l'enfant.

Ma question de recherche s'en trouve par conséquent modifiée. Celle d'origine était :

En quoi la posture de l'infirmière renforce-t-elle l'effet thérapeutique des ateliers à médiation ?

Son réajustement donne ceci :

En quoi l'engagement et la pratique infirmière complètent-elle l'effet thérapeutique des ateliers à médiation ?

## 6. CONCLUSION

En quoi l'engagement et la pratique infirmière complètent-elle l'effet thérapeutique des ateliers à médiation ?

La citation de Jean OURY (psychiatre et psychanalyste) répond à cette question : « *Etre au plus proche ce n'est pas toucher, la plus grande proximité c'est d'assumer le lointain de l'autre* ».

(<https://citations.ouest-france.fr/citation-jean-oury/etre-proche-toucher-grande-proximite-102957.html>).

Les ateliers à médiations thérapeutiques vont permettre à l'infirmière de repérer la demande qui met en mouvement l'enfant et d'y répondre de la façon la plus singulière possible, en lui

amenant un élan de vie, telle une renaissance grâce à l'engagement de l'infirmière, à sa pratique individuelle, collective, et à l'utilisation des objets médiateurs rendant le soin authentique et thérapeutique.

La pratique infirmière est une richesse incontestablement humaine. La rédaction de ce mémoire m'a questionné sur mes pratiques, sur mon identité professionnelle, sur ma perception du soin. Il m'a permis de comprendre les spécificités des ateliers thérapeutiques et d'obtenir des éléments de base pour pouvoir en réaliser si cela correspond aux besoins des patients que je rencontrerai au cours de ma carrière.

La pédopsychiatrie fut pour moi une découverte formidable, enrichissante, et formatrice.

L'engagement intense de l'infirmière, sa totale disponibilité la confronte à des situations de soins plus ou moins complexes, qui la mobilisent entièrement, professionnellement mais aussi personnellement. L'infirmière est une soignante aguerrie, présente sur tous les fronts, forte, déterminée, vouant une énergie incomparable, à porter l'enfant jusqu'au bout, mais elle est et reste aussi humaine, avec sa vulnérabilité, parfois ses doutes, et ses moments de faiblesse.

Cette réflexion suscite en moi un questionnement : Où se situe les limites de l'engagement de l'infirmière en pédopsychiatrie ?

## 7. ANNEXES

### ANNEXE 1

**LE DEVELOPPEMENT DE L'ENFANT  
TABLEAU COMPARATIF PIAGET/WALLON/FREUD**

AGE	PIAGET 1896-1980	WALLON 1896-1962	FREUD 1856-1939
Avant la naissance		<b>STADE INTA-UTERIN(centripète)</b> -symbiose biologique mère/enfant -primat de l'anabolisme -parasitisme radical -réactions posturales à des stimuli	<b>HYPOTHESE D'UN STADE FETAL</b> -narcissisme absolu -indifférenciation primitive, anobjectalité
0 mois	<b>STADE SENSORI-MOTEUR</b> -sous-stade 1 : exercice des réflexes -sous-stade 2 :ières habitudes, réactions circulaires primaires sur le corps propre	<b>STADE DE L'IMPULSIVITE (esquisse centrifuge)</b> -décharges motrices automatiques -adaptation progressive aux stimuli externes -absence de contrôle inhibiteur(impulsivité)	<b>STADE ORAL</b> -sous stade oral pur (suction)
2/3 mois	-sous-stade 3 : procédés pour faire durer les spectacles intéressants réactions circulaires secondaires	<b>STADE EMOTIONNEL (centripète)</b> -symbiose affective mère/enfant -essor de l'expression émotionnelle (source d'échanges affectifs et d'existence sociale)	-sous stade sadique-oral (morsure)
4 mois	-sous-stade 4 : coordination des schèmes 2èmes et application aux situations nouvelles		
12 mois	Objet permanent -sous-stade 5 : découverte de moyens nouveaux par expérimentation active réactions circulaires tertiaires Conduite du support de la ficelle du bâton	<b>STADE SENSORI-MOTEUR (centrifuge)</b> -importance de la loi de l'effet -triple conquête dans : la manipulation la locomotion la dénomination	<b>STADE SADIQUE-ANAL</b> -apprentissage de la propreté -début d'indépendance -manipulation symbolique des parents
18 mois	Sous-stade 6 : invention de moyens nouveaux par combinaison mentale	<b>STADE PROJECTIF</b> -mise en place de l'intelligence représentative -figuration motrice : simulacre, jeux d'alternance	-ambivalence retenir/éliminer sadisme/masochisme
2 ans	<b>STADE PRE-OPERATOIRE</b>		
3 ans	<b>ACCES A LA FONCTION SEMIOTIQUE</b> Développement de la représentation imitation différée, jeu symbolique dessin, image mentale, langage, pré-concepts	<b>STADE DU PERSONNALISME (centripète)</b> -crise d'opposition de 3 ans, négativisme, indépendance, « je », « moi », « mien » -âge de grâce : séduction et narcissisme -imitation et admiration jalouse (jalousie subjective) -l'affectivité échappe au syncrétisme, elle est donc en avance sur la pensée qui reste, elle, syncrétique et pré-catégorielle	<b>STADE PHALLIQUE</b> -oedipe et castration -travail de l'identification -surmoi
4 ans	<b>PENSEE INTUITIVE</b> Non réversibilité, non transitivité, non conservation, pensée égocentrique  Syncrétisme et juxtaposition Transduction		
7 ans	<b>STADE DES OPERATIONS CONCRETES</b> -dépassement de l'égoцентризм des représentations -réversibilité opératoire -opérations infralogiques -camaraderie (réciprocité)	<b>STADE CATEGORIEL (6/7 ans) (centrifuge)</b> -dissolution progressive du syncrétisme -opération de classement -activité de maîtrise des choses -camaraderie et collaboration	<b>STADE DE LATENCE</b> -reflux de la libido -essor de l'identification -sublimation et dérivation culturelle -moi plus fort, ça moins exigeant -élargissement des relations sociales
11-12ans	<b>STADES DES OPERATIONS FORMELLES</b> -pensée hypothético-déductive -égoцентризм intellectuel, valeurs idéales, âge métaphysique -combinaison et groupe INRC, décentration progressive, réconciliation entre la pensée formelle et la réalité	<b>STADE DE L'ADOLESCENCE (centripète)</b> -poussée pubertaire -recentration sur le moi -crises, contrastes -aptitudes nouvelles de raisonnement -valeurs idéales, sociales ou métaphysiques -affinités électives, amitié, naissance de l'amour	<b>STADE GENITAL</b> -transformation de la puberté (2 <sup>ème</sup> poussée sexuelle)  -reviviscence de l'oedipe -accès à la sexualité adulte

## ANNEXE 2

### Développement normal du langage oral

(BRIN F. et al., 1997, dictionnaire d'orthophonie encarts pages 41 à 49, Isbergues, Ortho Edition)

Tableau synoptique sur le développement du langage.

Ages	Développement du langage	
	perception et compréhension	production et expression
de la naissance à 3 mois	<p>de la naissance à 1 mois</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-réagit à la voix</li> <li>-compréhension indifférenciée mais sensibilité à la prosodie et au rythme</li> <li>-discrimination et préférence pour la langue et la voix maternelle</li> </ul> <p>de 2 à 3 mois</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-réagit aux informations environnementales</li> <li>-capacités de catégorisation des sons</li> </ul>	<p>de la naissance à 1 mois</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-jasis</li> </ul> <p>de 2 à 3 mois</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-début des vocalisations et des vocalisations réponses</li> <li>-imite certaines mimiques</li> <li>-sourire intentionnel réponse</li> </ul>
de 3 à 6 mois	<p>de 3 à 4 mois</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-réactions aux intonations de la voix maternelle</li> <li>-s'oriente vers la voix</li> </ul> <p>de 4 à 5 mois</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-est apaisé par la parole</li> <li>-début d'attention conjointe</li> <li>-reconnaissance des syllabes dans des énoncés différents</li> </ul> <p>de 5 à 6 mois</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-comprend les différences d'intonation (approbation et désapprobation)</li> <li>-réagit au « non » et à son nom</li> <li>-semble reconnaître les mots « papa » et « maman »</li> <li>-catégorisation des voyelles</li> </ul>	<p>de 3 à 4 mois</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-premiers rires et cris de joie</li> <li>-premiers « areu » et sons glottaux</li> </ul> <p>de 4 à 5 mois</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-gazouillis</li> <li>-sons vocaliques</li> <li>-début de contrôle de la phonation</li> <li>-renvoi des vocalisations parentales</li> <li>-mise en place des procédures référentielles et prédicatives dans la communication</li> </ul> <p>de 5 à 6 mois</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-vocalisations de mieux en mieux maîtrisées</li> <li>-variations et imitations des intonations</li> <li>-rit aux éclats</li> <li>-répond à son nom en vocalisant</li> </ul>

(BRIN F. et al., 1997, dictionnaire d'orthophonie encarts pages 41 à 49, Isbergues, Ortho Edition)

de 6 à 9 mois	<p>de 6 à 7 mois</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-regarde la personne qui parle</li> <li>-possibilité de correspondance entre les voyelles et les mouvements de bouche</li> </ul> <p>de 7 à 8 mois</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-réagit bien au « non »</li> <li>-donne un objet sur demande verbale</li> </ul> <p>de 8 à 9 mois</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-comprend « non, bravo, au revoir »</li> <li>-détection des frontières de syntagmes</li> </ul>	<p>de 6 à 7 mois</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-babillage canonique</li> <li>-vocalise face à son image ou ses jouets</li> </ul> <p>de 7 à 8 mois</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-poursuite babillage canonique</li> <li>-chantonne</li> <li>-rires adaptés</li> </ul> <p>de 8 à 9 mois</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-imitation de sons produits par l'entourage</li> <li>-contours intonatoires influencés par la langue maternelle</li> </ul>
de 9 à 12 mois	<p>de 9 à 10 mois</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-début de compréhension lexicale en contexte</li> </ul> <p>de 10 à 11 mois</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-reconnaissance de mots connus hors contexte</li> <li>-détection des frontières des mots</li> <li>-réorganisation des catégories perceptives en fonction de la structure phonologique de la langue maternelle</li> </ul> <p>de 11 à 12 mois</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-une trentaine de mots compris en contexte</li> <li>-apprentissage de mots associés à leur référent</li> </ul>	<p>de 9 à 10 mois</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-« non » de la tête</li> <li>-gestes de « au revoir » et « bravo » apparaissent</li> </ul> <p>de 10 à 11 mois</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-babillage varié en longueur et intonation</li> <li>-sélection d'un répertoire de consonnes et syllabes adaptées à la langue maternelle</li> </ul> <p>de 11 à 12 mois</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-apparition des premiers mots</li> <li>-présence de productions stables en relation avec les situations</li> </ul>

(BRIN F. et al., 1997, dictionnaire d'orthophonie encarts pages 41 à 49, Isbergues, Ortho Edition)

de 12 à 18 mois	<ul style="list-style-type: none"> <li>-comprend 100 à 150 mots</li> <li>-comprend les phrases courtes en situation</li> <li>-répond à des consignes simples</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>vers 16 mois</li> <li>-de plus en plus de productions stables</li> <li>-production de 50 mots (substantifs surtout)</li> <li>-holophrases (mot-phrase)</li> <li>-juxtaposition de deux mots</li> </ul>
de 18 à 24 mois	<ul style="list-style-type: none"> <li>-compréhension de plus de 200 mots</li> <li>-désignation d'objets puis sur des images</li> <li>-distingue certaines catégories de mots</li> <li>-comprend les consignes à 2 éléments sans geste d'accompagnement</li> <li>-compréhension des relations syntaxiques entre les mots (en contexte)</li> <li>-la sémantique et la prosodie sont cohérentes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-répond « non »</li> <li>-répétition de mots</li> <li>-production de 50 à 170 mots</li> <li>petites phrases agrammaticales (2 ou 3 mots)</li> <li>à partir de 20 mois</li> <li>-augmentation rapide du vocabulaire (250 à 300 mots)</li> <li>-début d'acquisition du genre et nombre</li> <li>-dit son nom</li> <li>dans la parole</li> <li>-absence des finales des mots</li> <li>-absence des groupes diconsonantiques en « R » et « L »</li> </ul>
de 2 à 3 ans	<ul style="list-style-type: none"> <li>-comprend un bon nombre de locutions spatiales et temporelles</li> <li>-comprend la question « quand ? »</li> <li>-connaît les principales couleurs et parties du corps</li> <li>-différencie « gros, grand, petit »</li> <li>-oppose passé, présent, futur</li> <li>-obéit aux ordres plus complexes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-accroissement rapide du lexique</li> <li>-phrase de 3 ou 4 mots avec verbe et adjectif</li> <li>-élaboration syntaxique se poursuit</li> <li>-apparition des articles, pronoms, prépositions et quelques adverbes</li> <li>-questionne beaucoup sur le lexique</li> <li>-converse avec ses jouets</li> </ul>
de 3 à 4 ans	<ul style="list-style-type: none"> <li>compréhension :</li> <li>-de substantifs abstraits et d'adjectifs de dimension</li> <li>-des notions grammaticales comparatives</li> <li>-des questions où ? et pourquoi ?</li> <li>-des termes relatifs à l'espace et au temps</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-lexique de 400 à 900 mots</li> <li>-se nomme</li> <li>-utilise les pronoms personnels</li> <li>-fait varier le temps</li> <li>-fautes grammaticales moins fréquentes</li> <li>-phrases d'au moins 6 mots</li> <li>-coordination avec « et »</li> <li>-raconte ce qu'il a fait (se libère de l'action et des contraintes de temps et d'espace)</li> </ul>

(BRIN F. et al., 1997, dictionnaire d'orthophonie encarts pages 41 à 49, Isbergues, Ortho Edition)

de 4 à 5 ans	<ul style="list-style-type: none"> <li>-compréhension de quand ? et comment ?</li> <li>-compréhension de « entre, autour et au milieu »</li> <li>-obéit à des consignes relatives à des objets absents</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-conjugue aux temps simples</li> <li>-emploie des relatives</li> <li>-accorde l'adjectif</li> <li>-utilise des mots grossiers</li> <li>-joue avec les mots</li> <li>-adapte progressivement son discours à l'interlocuteur</li> <li>-tous les sons sont acquis hormis les oppositions « s/z » et « ch/j »</li> </ul>
de 5 à 6 ans	<ul style="list-style-type: none"> <li>quasiment tout le langage est compris</li> <li>-comprend les phrases interrogatives (sujet inversé)</li> <li>-s'intéresse au sens des mots</li> <li>-discrimine les sons proches</li> <li>-souhaite apprendre à lire</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-phrases complexes (expansion et concordance)</li> <li>-utilise toutes les notions relatives à l'espace et au temps</li> <li>-conjugue et accorde les verbes irréguliers</li> <li>-dit son nom, son âge et son adresse</li> <li>-peut expliquer et définir</li> <li>-raconte de façon claire</li> </ul>
après 6 ans	<ul style="list-style-type: none"> <li>en ce qui concerne le temps :</li> <li>-apprentissage des saisons, des mois, de la date, des notions de durée, de l'heure</li> <li>en ce qui concerne l'espace</li> <li>-apprentissage des termes géométriques et de situation spatiale</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-formulation des questions avec la négation</li> <li>-utilisation du pronom personnel en rapport avec un référent connu</li> <li>-différenciation sémantique dans des champs proches</li> <li>-augmentation continue du stock lexical</li> </ul>

(BRIN F. et al., 1997, dictionnaire d'orthophonie encarts pages 41 à 49, Isbergues, Ortho Edition)

## ANNEXE 3

### **Questionnaire envoyé aux infirmières**

1) Comment l'infirmière s'inscrit elle dans un atelier à médiation thérapeutique, pour que celui-ci soit efficace et porteur psychiquement pour l'enfant ?

2) Comment interagit le groupe (enfants et soignants) au sein de l'atelier et quels sont les apports bénéfiques pour chaque enfant ?

3) Selon vous, qu'est-ce qu'un cadre contenant ?

4) Quelle attitude doit adopter l'infirmière vis-à-vis des enfants ?

## ANNEXE 4

### **Retranscription Entretien 1 :**

#### **Infirmière travaillant à l'hôpital de Jour de Pédopsychiatrie**

##### **1- Comment l'infirmière s'inscrit-elle dans un atelier thérapeutique pour que celui-ci soit efficace et porteur psychiquement pour l'enfant ?**

Un atelier thérapeutique est avant tout un projet d'équipe construit en équipe.

Comment évaluer que l'atelier thérapeutique est efficace et porteur psychiquement pour un enfant ? En début d'année nous construisons des projets de soins individualisés en fonction des difficultés de chaque enfant. Au cours de l'année lors de temps de reprises d'ateliers ou de réunions cliniques l'équipe pluridisciplinaire évalue si les objectifs sont partiellement ou totalement atteints. Chaque atelier est soumis à un protocole d'atelier explicitant le rôle de l'infirmière au sein de celui-ci. L'infirmière peut y avoir un rôle très actif de meneuse d'atelier ou d'observatrice. Cette différence de posture permet d'avoir un regard plus riche et plus pertinent sur les bienfaits du soin pour l'enfant. De manière générale l'atelier respecte une régularité dans le temps et les infirmières en sont référentes, deux points essentiels qui permettent à l'enfant de bien se repérer et s'inscrire dans cet atelier. Une formation en lien avec cet atelier thérapeutique peut également enrichir la pratique de l'infirmière et favoriser l'efficacité de celui-ci.

##### **2- Comment interagit le groupe au sein de l'atelier et quels sont les apports bénéfiques pour chaque enfant ?**

L'expression de chacun y a toute sa place. Elle peut être corporelle ou verbale, et accompagnée d'outils d'aide à la communication. Le processus d'imitation est un prérequis à la relation et la communication. Dans les ateliers de groupe les enfants interagissent donc souvent par mimétisme. L'adulte est garant du cadre thérapeutique et jule la dynamique du groupe. Les groupes sont souvent établis par niveau de compétences mais ce n'est pas toujours le cas. Cette hétérogénéité peut malgré tout être très enrichissante. Chaque enfant n'en retirera pas forcément le même bénéfice puisque chaque enfant a des objectifs qui lui sont propres. Les objectifs généraux du groupe sont : susciter l'intérêt pour la relation, la communication, et l'ouverture vers l'autre ; le savoir-être au sein d'un groupe et l'acquisition des habiletés sociales y sont également travaillés.

### **3- Selon vous qu'est-ce qu'un cadre contenant ?**

Dans le cadre d'un atelier thérapeutique, un cadre contenant c'est un cadre d'atelier qui permet à un enfant de faire des acquisitions de par la sérénité psycho affective que ce cadre génère. Les consignes sont clairement énoncées et rappelées grâce à différents supports et l'enfant a clairement distingué quelles étaient les limites, les règles de cet atelier et ce que l'on attend de lui. Il a repéré une ou des personnes ressources sur lesquelles il peut s'adosser (référent atelier). Le soin est programmé, repéré et validé tant par l'équipe pluridisciplinaire que par la famille. Le lieu reste dans la mesure du possible le même.

### **4- Quelle attitude doit adopter une infirmière vis-à-vis des enfants ?**

L'infirmière doit s'adapter à l'âge et aux troubles de chaque enfant. Elle doit évidemment faire preuve de douceur, de patience et de bienveillance. Au vu du profil et de la situation elle doit savoir osciller entre réassurance, maternage, autorité et fermeté. Elle doit garantir également la sécurité physique de l'enfant. Travailler auprès des enfants c'est également savoir travailler auprès des familles. Une approche systémique du sonnet donc nécessaire.



AUTORISATION DE DIFFUSION DU TRAVAIL DE FIN D'ÉTUDES

Annexe de la procédure relative à la conservation et à la diffusion des TFE.

Ne peut être diffusé qu'un travail de fin d'études ayant obtenu une note supérieure ou égale à 15/20 à l'écrit, sous réserve d'être sélectionné par l'équipe pédagogique.

Remarque : aucun étudiant ne peut s'opposer à la conservation (archivage) par l'E.R.F.P.P. de son travail de fin d'études en version papier (5 ou 10 ans) et en version numérique (illimitée).

**Je soussignée** (Prénom, NOM) : Kévin KHIRANI

Promotion : 2017 - 2020

**Autorise**, sans limitation de temps, l'IFSI - E.R.F.P.P. G.I.P.E.S d'Avignon et du Pays de Vaucluse

**à diffuser** le travail de fin d'étude que j'ai effectué en tant qu'étudiant en soins infirmiers :

(Titre du TFE) ...**L'atelier thérapeutique...divertir pour soigner**....

**En version papier** (au centre de documentation de l'E.R.F.P.P.)

oui

non

**En version numérique** - PDF (sur le catalogue en ligne du centre de documentation)

oui

non

Je soussigné(e), déclare avoir été informé(e) des conditions d'intégration, de diffusion et de conservation de mon travail de fin d'études par l'E.R.F.P.P. G.I.P.E.S. d'Avignon et du pays de Vaucluse et les accepter sans limite de temps. Ces conditions sont précisées dans la procédure relative à la conservation et à la diffusion des TFE consultable en annexe du cahier des charges du travail de fin d'étude.

Avignon, le 23/05/2020 ..... Signature :

## 8. BIBLIOGRAPHIE

### Livres

- Le petit Prince, Antoine de Saint Exupéry, page 12 à 14, Edition Folio Junior, 123 pages
- Enfance et psychopathologie, Daniel Marcelli, David, Cohen, 10ème édition Elsevier Masson, 824 pages
- Médiations thérapeutiques et psychoses infantiles, Anne Brun, Edition Dunod, 279 pages
- Trouver la bonne distance avec l'autre Grâce au curseur relationnel, Catherine DESHAYS, 3e édition Collection : Soins et Psy, Inter Editions 240 pages
- La qualité du soin infirmier, De la réflexion éthique à une pratique de qualité Walter HESBEEN, édition roman jeunesse (broché), 161 pages
- La relation soignant-soigné, Alexandre MANOUKIAN, Anne MASSEBEUF, 3e édition, Edition Lamarre, 223 pages

### Reuves

- La médiation dans le champ psychopathologique, Bernard CHOUVIER, Dans Le Carnet PSY 2010/1 (n° 141), pages 32 à 35
- Revue Santé mentale n°111, octobre 2006, article Un cadre pour les médiations, Bernard CHOUVIER, page 30 à 33
- Histoire et actualité du concept de psychose de l'enfant, Jacques HOCHMANN, Dans L'information psychiatrique 2010/3 (Volume 86), pages 227 à 235
- La théorie de l'attachement : pour le meilleur et pour le pire, Violaine Pillet, Dans Dialogue 2007/1 (n° 175), pages 7 à 14
- L'acte de création et ses processus dans les médiations thérapeutiques pour enfants autistes et psychotiques, Anne BRUN, Dans Enfances & Psy 2013/4 (N° 61), pages 109 à 117
- Le cadre institutionnel dans ses rapports à la transgression et à la loi, Danielle Hans, Dans Adolescence 2013/1 (T. 31 n°1), pages 153 à 160

- Les médiations thérapeutiques, Philippe GABBAI, Revue santé mentale, N°111, octobre 2006, page 24 à 29
- Introduction, Anne BRUN, Dans Le Carnet PSY 2010/1 (n° 141), pages 24 à 27
- Le vécu d'impuissance chez le soignant : entre pertes et élan retrouvé, Séverine DELIEUTRAZ, Dans Cliniques 2012/2 (N° 4), pages 146 à 162,
- Les psychothérapies de groupe chez l'enfant et l'adolescent : les tentations éducatives, Jean-Bernard CHAPELIER Dans Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe 2009/2 (n° 53), pages 9 à 27

### **Sites internet**

- [https://www.cemea.asso.fr/IMG/pdf/4\\_Activite\\_mediation.pdf](https://www.cemea.asso.fr/IMG/pdf/4_Activite_mediation.pdf)
- <http://www.psycom.org/Actualites/Pour-en-savoir-plus/Bibliographie-Histoire-de-la-pedopsychiatrie>
- [http://www.senat.fr/rap/r16-494/r16-494\\_mono.html](http://www.senat.fr/rap/r16-494/r16-494_mono.html)
- <http://psychiatriinfirmiere.free.fr/>
- <https://www.solidarites-usagerspsy.fr/se-soigner/aides-therapeutiques/psychotherapie-institutionnelle/>
- <http://psychiatriinfirmiere.free.fr/infirmiere/infirmier/officiel/guide-service/references-legislatives/psychiatrie-secteur.htm>
- [https://www.fondation-enfance.org/wp-content/uploads/2016/10/cese\\_pedopsychiatrie\\_prevention\\_prise\\_en\\_charge.pdf](https://www.fondation-enfance.org/wp-content/uploads/2016/10/cese_pedopsychiatrie_prevention_prise_en_charge.pdf)
- <http://www.dsden77.ac-creteil.fr/IMG/pdf/developpement-enfant2.pdf>
- <https://institutfrancaisdepsychanalyse.com/chroniques/articles-psy/le-symptome/>
- <http://www.medecine.ups-tlse.fr/dcem3/module03/17.COMPORTEMENT3-39.pdf>
- <https://www.lareponsesdupsy.info/Infirmier>
- <https://www.legifrance.gouv.fr>
- [http://www.psycom.org/Soins-accompagnements-et-entraide/Glossaire-des-structures/\(offset\)/15?SearchText=&btrechercher](http://www.psycom.org/Soins-accompagnements-et-entraide/Glossaire-des-structures/(offset)/15?SearchText=&btrechercher)
- <http://www.psycom.org/Espace-Presse/Sante-mentale-de-A-a-Z/Pedopsychiatrie>
- <https://carnets2psycho.net/dico/sens-de-transitionnel.html>
- [https://fr.wikipedia.org/wiki/Théorie\\_de\\_l'attachement](https://fr.wikipedia.org/wiki/Théorie_de_l'attachement)

- [Reseauconceptuel.umontreal.ca.fr](http://Reseauconceptuel.umontreal.ca.fr)
- <http://www.carnetpsy.com/article.php?id=1867&PHPSESSID=gafjuplmpith1hur66b30p28s3>
- [http://ancien.serpsy.org/formation\\_debat/REFERENTIEL.html](http://ancien.serpsy.org/formation_debat/REFERENTIEL.html)
- <https://www.srlf.org/metier-dide-reanimation/decret-n2004-802-exercice-de-la-profession-dinfirmier/>
- <http://www.ifsidijon.info/v2/wp-content/uploads/2015/10/2016-Demarche-en-soins.pdf>
- <https://www.syndicat-infirmier.com/Peut-on-soigner-sans-prendre-soin.html>
- <http://www.reseau-asteria.fr/CADCI/ARSI%20THEORIES INFIRMIERES.PDF>
- <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-01664580/document>
- [http://www.prendresoin.org/wpcontent/uploads/2012/11/Quelques\\_reperes\\_pour\\_evaluer\\_attitudes\\_et\\_comportements\\_en\\_soins\\_infirmiers1.pdf](http://www.prendresoin.org/wpcontent/uploads/2012/11/Quelques_reperes_pour_evaluer_attitudes_et_comportements_en_soins_infirmiers1.pdf)
- <https://citations.ouest-france.fr/citation-jean-oury/etre-proche-toucher-grande-proximite-102957.html>
- <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-01664580/document>

# Kévin KHIRANI

## **L'atelier thérapeutique...divertir pour soigner**

Résumé : Ce mémoire porte sur les différentes étapes contribuant à l'élaboration d'un atelier à médiation thérapeutique et sur le questionnement que suscite l'effet thérapeutique de ce soin juxtaposé à celui des pratiques infirmières. Cela m'a amené à la question de recherche suivante : En quoi la posture de l'infirmier(e) renforce-t-elle l'effet thérapeutique des ateliers à médiation ?

Les infirmières travaillant sur le terrain sont confrontées à ces questionnements. Afin d'élargir ma réflexion, j'ai réalisé une enquête à travers un questionnaire semi directif auprès d'une infirmière, travaillant en hôpital de jour en pédopsychiatrie.

L'enfant en souffrance ne parvient pas à identifier et à exprimer clairement ses maux. La soignante bienveillante va aider l'enfant à mettre du sens à ses troubles, accueillir sa souffrance, la mobiliser, l'accompagner et la transformer. En collaboration avec l'équipe pluridisciplinaire, elle va élaborer un soin spécifique permettant l'utilisation d'objets médiateurs, essentiels à la prise en charge de l'enfant mais aussi à l'émergence de la relation unique, riche et créative avec celui-ci.

L'engagement intense de l'infirmière la confronte à des situations de soins plus ou moins complexes, qui la mobilisent entièrement, professionnellement mais aussi personnellement. Cette réflexion suscite en moi un questionnement : Où se situent les limites de l'engagement de l'infirmière en pédopsychiatrie ?

Mots-clés : Ateliers thérapeutiques, pratiques infirmières, relation soignant/enfant/groupe, soin, enjeux thérapeutiques

## **The therapeutic works-group...entertain for to heal**

Abstract : This dissertation deals with the different steps contributing to the development of a therapeutic mediation works-group and on the question raised by the therapeutic effect of this care juxtaposed with that of nursing practices. This led me to the following research question: How does the nurse's posture strengthen the therapeutic effect of mediation works-group ?

Nurses working in the field face these questions. To broaden my thinking, I conducted a survey through a semi-directive questionnaire with a nurse, working in a day hospital in child psychiatry.

The suffering child fails to identify and express clearly his evils. The caring caregiver will help the child make sense of her troubles, receive her suffering, mobilize her, accompany her and transform her. In collaboration with the multidisciplinary team, she will develop a specific care allowing the use of mediator objects, essential to the care of the child but also to the emergence of the unique, rich and creative relationship with it.

The nurse's intense commitment confronts her with more or less complex care situations, which involve her entirely, professionally but also personally. This reflection raises a question in me: Where do the limits of the nurse's involvement in child psychiatry lie ?

Keywords : Therapeutic works-group, nursing practices, caregivers/child/group relationship, care, therapeutic issues