

Travail de Bachelor pour l'obtention du diplôme Bachelor of Arts HES·SO en travail
social

HES·SO Valais Wallis Domaine Santé & Travail social

Passage à l'âge :

L'accompagnement d'un adolescent qui se construit

Réalisé par : Jenny Caroline

Promotion : TS ES 07

Sous la direction de : Pham Patricia

Sion, le 26 novembre 2010

*Sans cesse à mes côtés s'agite le Démon ;
Il nage autour de moi comme un air impalpable ;
Je l'avale et le sens qui brûle mon poumon
Et l'emplit d'un désir éternel et coupable.*

*Parfois il prend, sachant mon grand amour de l'Art
La forme la plus séduisante des femmes
Et sous de spécieux prétextes de cafarde
Accoutume ma lèvre des philtres infâmes.*

*Il me conduit ainsi loin du regard de Dieu
Haletant et brisé de fatigue, au milieu
Des plaines de l'Ennui, profondes et désertes*

*Et jette dans mes yeux pleins de confusion
Des vêtements souillés, des blessures couvertes
Et l'appareil sanglant de la Destruction !*

La Destruction, Baudelaire Charles¹

« Les opinions émises dans ce travail n'engagent que leur auteure »

¹ BAUDELAIRE, C. *Les Fleurs du Mal*. Paris : Classiques Bordas, 2003. 170 p.

Résumé de la recherche

Ce travail de recherche traite de la prise en charge éducative mise en œuvre auprès d'adolescents souffrant de troubles psychiques. Au travers de cette étude, je me suis intéressée, tout d'abord, au processus d'adolescence ainsi qu'aux troubles psychiques qui peuvent y survenir. Dans un deuxième temps, j'ai démontré la fonction et le rôle que possède l'éducateur social, en milieu institutionnel, auprès de cette population. J'ai également abordé certains concepts, en lien avec ma thématique, tels que les notions de besoin et d'interdisciplinarité.

Afin de mener à bien cette recherche qualitative de type exploratoire descriptive, j'ai effectué sept entretiens semi-dirigés de type compréhensif avec des professionnels travaillant auprès d'adolescents. J'ai cherché à recueillir la pratique quotidienne d'éducateurs sociaux de diverses institutions valaisannes afin d'identifier le cadre de leurs interventions éducatives.

Cette démarche de recherche a notamment permis de mettre en évidence les besoins des adolescents institutionnalisés mais également diverses techniques et méthodes utilisées par les professionnels afin de répondre aux besoins de ces derniers.

Les résultats de cette étude témoignent de la nécessité et de l'importance de l'interdisciplinarité dans l'accompagnement d'adolescents souffrant de troubles psychiques. En effet, les interventions éducatives doivent s'inscrire dans une prise en charge pluridisciplinaire de l'adolescent.

Mots-clés

Adolescence, troubles psychiques, institutionnalisation, fonction et action éducative, collaboration interdisciplinaire.

Dans le présent texte, l'utilisation du masculin ou du féminin est à entendre au sens de neutre, s'appliquant aux deux genres.

Merci aux...

AUX ADOLESCENTS que j'ai rencontrés tout au long de mes deux périodes de formations pratiques. C'est à eux que je dois tous ces mots et plus encore...

AUX EDUCATEURS SOCIAUX qui ont accepté de partager, de me faire découvrir un morceau, un bout, de leurs expériences ainsi que de leurs propres personnes.

Et encore à...

GIONA, mon alchimie, qui m'a écouté et soutenue des heures durant, lorsque l'écriture de mon travail de Bachelor me persécutait.

CLARA, mon éducatrice sociale alternative, qui de par son expérience est parvenue à me montrer le chemin.

AUDREY, ANNICK et JOCELYNE, mes compagnes de labeur, avec qui j'ai pu partager mes découvertes, mes satisfactions, mes illusions, mes craintes et mes doutes.

MON PAPA et MA BELLE-MAMAN qui ont, il me semble, toujours cru en mes « talents d'auteure universitaire ».

JOSIANE, ma superviseuse de formation pratique et bien plus encore, qui m'a souvent éclairée quand je m'étais égarée en cours de route.

CHANTAL, ma superwoman infirmière, qui m'a généreusement prêté la moitié de sa bibliothèque débordant de « gros bouquins psychologiques compliqués », tout comme elle m'a dispensé ses connaissances.

MANFRED et MILENA, mes fidèles collègues, qui ont partagé mes interrogations également parfois, mes frustrations.

PATRICIA PHAM, ma directrice de travail de Bachelor, qui m'a habilement guidé tout au long de cet épineux parcours.

Table des matières

1. Introduction	1
1.1 Choix de la thématique	1
1.2 Question de départ	2
2. Description de la problématique	2
2.1 Objectifs professionnels et personnels	4
3. Contexte de la recherche	4
3.1 Question de recherche	4
3.2 Hypothèses de recherche	4
3.3 Objectifs de recherche	5
4. Cadre théorique	5
4.1 Adolescence et troubles psychiques	5
4.1.1 Le développement de l'adolescent	5
4.1.2 Les troubles psychiques à l'adolescence	10
4.2 Fonction et prise en charge éducative	24
4.2.1 La fonction éducative	24
4.2.2 La prise en charge éducative des adolescents souffrant de troubles psychiques	27
4.2.3 La collaboration interdisciplinaire	30
5. Méthodologie	32
5.1 Terrain d'enquête	32
5.2 Echantillon ou choix de la population de recherche	33
5.3 Personnes ressources	33
5.4 Techniques et méthodes de collecte des données	34
5.4.1 Support d'entretien : grille d'entretien	34
5.4.2 Déroulement des entretiens	35
5.4.3 Enjeux éthiques et limites liés à l'objet et au recueil des données	35
6. Analyse des données	36
6.1 Données personnelles des professionnels interviewés	37
6.2 Analyse des données qualitatives et quantitatives	38
6.2.1 La souffrance des adolescents	38
6.2.2 Les besoins des adolescents	41
6.2.3 La démarche thérapeutique sous l'angle éducatif	45
6.2.4 La collaboration interdisciplinaire	50
7. Synthèse	55

7.1 Vérification des hypothèses	55
7.2 Validation des objectifs	57
7.3 Limites de la recherche	58
8. Bilan de recherche	58
8.1 Perspectives et pistes d'actions professionnelles	60
9. Réflexion personnelle	62
10. Bibliographie	65
10.1 Ouvrages	65
10.2 Articles dans un périodique	66
10.3 Documents audiovisuels	66
10.4 Ressources électroniques	66
10.5 Travaux de Bachelor	67
10.6 Supports de cours non publiés	67
10.7 Documents concernant le centre valaisan de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent ..	68
11. Annexes	1
Annexe A : Les lettres officielles	1
Annexe B : Le support d'entretien (grille d'entretien)	1
Annexe C : La grille de dépouillement des données	1
Tableau 1 Population valaisanne souffrant de troubles psychiques	3
Tableau 2 Stade V : Adolescence (de 12 à 18 ans)	6
Tableau 3 Transformations pubertaires	7
Tableau 4 Instances de l'appareil psychique	8
Tableau 5 Normal versus pathologique	11
Tableau 6 Distinctions majeures entre anorexie mentale et boulimie	13
Tableau 7 Troubles de la sexualité à l'adolescence	14
Tableau 8 Symptômes de la schizophrénie	17
Tableau 9 Historique de la pédopsychiatrie en Valais	22
Tableau 10 Eléments constitutifs de la fonction, du rôle d'éducateur social et de l'action éducative de celui-ci	46
Graphique 1 Pourcentage des besoins identifiés	42
Graphique 2 Pourcentage des méthodes et des techniques	50
Graphique 3 Pourcentage des collaborations internes	51
Graphique 4 Pourcentage des collaborations externes	52
Graphique 5 Nombre d'institutions collaborantes	54

1. Introduction

A travers ce travail de recherche, je me suis immergée dans une thématique qui demeure selon moi dans l'ombre, celle des troubles psychiques. « Cette terminologie », souvent synonyme ou associée à la folie m'a pendant bien des années effrayée. La psychopathologie est un domaine très vaste que cela soit au niveau des approches, des modèles mais, également de la population concernée. De ce fait, j'ai décidé de centrer ma recherche sur le thème de l'adolescence. J'ai entrepris de découvrir, de pénétrer dans l'univers des adolescents institutionnalisés souffrant de troubles psychiques.

1.1 Choix de la thématique

Les motivations qui m'ont poussé à traiter cette thématique sont multiples. Elles sont nées et se sont renforcées grâce aux connaissances découvertes et aux diverses expériences vécues, tout au long de mon processus de formation dans le domaine du travail social.

J'ai effectué ma première période de formation pratique dans une institution qui accueillait des adolescents. L'unité pédagogique dans laquelle je travaillais, était composée de six adolescents, deux filles et quatre garçons, âgés de 11 à 13 ans présentant différentes problématiques telles que : de grosses difficultés scolaires, ainsi que des difficultés d'attention et de concentration, des problèmes de comportements, de retard du langage, divers handicaps. J'ai beaucoup aimé travailler avec cette catégorie de personnes. Durant cette période de formation pratique, j'ai été confrontée à des adolescents qui souffraient notamment de troubles psychiques. Je me suis rapidement rendue compte que dans ces cas précis, je n'avais pas les capacités nécessaires afin d'effectuer une prise en charge optimale. De plus, l'institution en elle-même ne possédait pas les compétences requises étant donné qu'elle n'était pas disposée à accueillir cette population.

Ces événements m'ont poussé à m'interroger sur le fonctionnement interne de cet établissement mais également, sur le système institutionnel valaisan et la politique en matière de santé de celui-ci. Ces situations m'ont aussi amené à clarifier mon rôle institutionnel ainsi que les limites de mon mandat. Afin de réaliser cette démarche, j'ai dû effectuer un travail sur moi-même et me remettre en question. Il m'a notamment paru essentiel d'identifier mes besoins, mes limites, mes attentes ainsi que mes ressources tant au niveau professionnel que personnel. Cette introspection m'a entre autre permis d'acquérir une attitude plus professionnelle.

La psychopathologie est un domaine qui m'intéresse tout particulièrement. J'ai découvert cette problématique grâce à divers cours dispensés dans le cadre de ma formation en Travail Social (module G7 : « santé mentale », ainsi que le module E8-2 : « approches bio-psycho-sociales des troubles et entraves du développement »). De plus, durant mon premier semestre d'étude, j'ai étudié le développement de l'adolescent grâce au module C4 : « relation à l'autre, individuelle et collective, rapport à soi ». Ces apports théoriques divers ont mis en lumière la complexité de la thématique relative à la personne humaine et à la santé mentale de celle-ci.

J'ai également choisi ces deux thèmes pour des raisons personnelles qui sont en lien avec ma propre histoire de vie. Cependant, je tiens à ce que mon vécu personnel ne biaise pas ce travail, c'est pourquoi je m'abstiendrai de mettre en lien mon parcours de vie avec la recherche. Je suis consciente des nombreux enjeux que cela comporte, dont notamment l'objectivité de mon discours.

1.2 Question de départ

Lors de la rédaction de mon projet de Bachelor, j'ai été assaillie par une multitude de questions. J'ai donc tenté d'axer ma recherche sur une interrogation qui me permettrait de répondre également de manière détournée aux autres:

Quel type de population adolescente est pris en charge en psychiatrie valaisanne ? Quelles pathologies sont dirigées en psychiatrie valaisanne ? Comment et pourquoi sont dirigés des (certains) adolescents en psychiatrie valaisanne ?

Cela signifie qui sont ces adolescents placés dans des structures psychiatriques telles que le centre valaisan de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, à Sierre :

- Quels sont les motifs de leur placement ?
- Comment se fait la sélection et qui prend la décision d'hospitalisation ?
- Quels sont « les critères » d'admission ?
- Quelle est la prise en charge générale et notamment éducative, sur quoi est-elle axée ?
- Quelle est la durée générale de l'hospitalisation ?

2. Description de la problématique

L'adolescence est une période de deuil, parsemée de nombreux changements, bouleversements, tant au niveau physique, la puberté, que psychologique. Cela se caractérise notamment par une profonde crise. Pour une grande partie des jeunes, ce processus d'adolescence se déroule « normalement ». Mais qu'en est-il pour les autres notamment lorsque de graves difficultés surgissent à l'adolescence ?

Je m'intéresse donc aux différentes alternatives qui sont mises à disposition de ces adolescents en souffrance ainsi que de leurs parents. Quelles solutions existe-il ? Quelles sont les aides proposées ? Qu'advient-il lorsque l'institutionnalisation de ces jeunes en souffrance est nécessaire ?

En tant que future professionnelle, je serai peut être à nouveau confrontée à des adolescents souffrant de troubles psychiques. De ce fait, je m'interroge surtout sur le rôle, la fonction, le statut que possède l'éducateur social avec ce type de population. En quoi consiste la prise en charge éducative d'adolescents souffrant de troubles psychiques ? Quelles sont les méthodes et les techniques utilisées au quotidien par l'éducateur social dans la prise en charge de ces adolescents ?

De ces diverses questions apparaît un thème essentiel : la collaboration entre le secteur social et le secteur des soins. Lors de mes expériences pratiques, que cela soit avec des personnes en situation de handicap physique et mental ou avec des adolescents ayant des difficultés scolaires et sociales, j'ai remarqué que ces deux domaines étaient toujours en étroite relation. Personnellement, je pense que ce travail interdisciplinaire est un réel avantage car la diversité des savoirs, des méthodes ainsi que des techniques représentent une véritable richesse professionnelle. Mais, j'ai également pu constater que l'interdisciplinarité des équipes, dans la prise en charge quotidienne, demande un investissement important et constant de tous les participants du système en présence.

La santé mentale en Valais

Il m'a paru intéressant de présenter quelques statistiques spécifiques à ce canton concernant la problématique des troubles psychiques. Pour ce faire, je me suis référée à un document conçu par un groupe de travail composé de différents professionnels du secteur sanitaire et politique

valaisan, en étroite collaboration avec des usagers des soins ou des associations qui les représentent. Ce concept « Santé mentale et soins de la souffrance psychique en Valais : concept 2007-2012 », engagé depuis l'année 2004, a été dirigé par le Docteur Raphaël Carron², sur mandat du Réseau Santé Valais.

Tableau 1 Population valaisanne souffrant de troubles psychiques³

Estimation de la répartition des populations souffrant de troubles psychiques selon les régions linguistiques et les classes d'âge (prévalence ⁴ globale)								
Canton du Valais 280'000 (57'000+223'000) – 100%			Valais romand 200'000 – 71,5%			Haut-Valais 80'000 – 28,5%		
Global	Enfants Adolescents	Adultes	Global	Enfants Adolescents	Adultes	Global	Enfants Adolescents	Adultes
72'800	14'820	57'980	52'000	10'596	41'455	20'800	4'224	16'525

« Cette même étude relève que 38% des enfants et adolescents valaisans vivent des conditions psychosociales défavorables et 22% des jeunes valaisans souffrent de troubles psychiques (prévalence). Il a été établi que les problèmes de santé mentale rencontrés au cours de l'enfance engendrent des coûts additionnels, essentiellement cachés, à l'âge adulte. Ces coûts ne relèvent pas essentiellement du domaine de la santé, comme on s'y attendrait, mais concernent l'éducation et la justice pénale, ce qui constitue un sérieux problème pour le capital social dans son ensemble »⁵.

« De plus, près de 1% de la population valaisanne bénéficie d'une rente de l'Assurance-Invalidité en raison d'un trouble psychique. 31% des rentes invalidités sont attribuées aux troubles psychiques. Les cas d'invalidité psychique augmentent plus fortement (11,7% par année) que tous les autres cas d'invalidité (5,7% par année) »⁶.

En Suisse, les coûts économiques engendrés par les maladies psychiques se sont élevés durant l'année 2001, à 16 milliard de francs. Cela correspond au 3,85% du produit intérieur brut (PIB) du pays. Le 2/3 des coûts sont dus à une baisse de la productivité, tandis que le 1/3 est la conséquence des absences de longues durées.

Comme le soulignent les chiffres ci-dessus, les maladies psychiques sont un problème de société qui comporte de nombreux enjeux tant au niveau politique que socio-économique.

² Le Docteur Raphaël Carron était alors Médecin-directeur des Institutions Psychiatriques du Valais Romand.

³ Ce tableau provient de la section G, partie 3 : estimation des ressources nécessaires à l'activité des Institutions Psychiatriques du Valais Romand ; du concept en ligne : « santé mentale et soins de la souffrance psychique en Valais : concept 2007-2012 ». 2 p.

⁴ La prévalence est une mesure qui rend compte, à un moment donné, de l'état de santé d'un échantillon de personnes définies.

⁵ Ces chiffres sont présentés dans la section H, partie 1 : programme de recherche sur la promotion de la santé mentale et de prévention de la souffrance psychique en Valais ; du concept en ligne : « santé mentale et soins de la souffrance psychique en Valais : concept 2007-2012 ». 5 p.

⁶ Ibid. 6 p.

2.1 Objectifs professionnels et personnels

A travers ce Travail de Bachelor, je désire atteindre les objectifs suivants:

- Je posséderai les connaissances liées aux différents troubles psychiques ainsi qu'au développement de la personne humaine, plus particulièrement lors du processus d'adolescence afin de comprendre le domaine psychiatrique de la prise en charge des adolescents.
- De plus, je serai capable d'appliquer ces mêmes connaissances théoriques sur le terrain, dans une situation donnée afin de développer des compétences professionnelles individuelles dans la prise en charge d'adolescents souffrant de troubles psychiques.
- Je posséderai une vue d'ensemble sur du système psychiatrique valaisan et plus précisément sur les structures adaptées aux individus ayant entre 12 et 18 ans qui le composent.

A travers ce Travail de Bachelor, je désire également acquérir les compétences suivantes⁷ :

- Compétence n°2 : identifier et analyser les situations et processus sociaux que l'intervention prend en compte.
- Compétence n°9 : évaluer et réorienter l'action.
- Compétence n°10 : identifier, intégrer, mettre en forme et transmettre des informations sociales pertinentes pour les différents acteurs sociaux.
- Compétence n°11 : participer à une démarche de recherche.

3. Contexte de la recherche

3.1 Question de recherche

« Comment diriger la prise en charge éducative, dans le cadre de la démarche thérapeutique institutionnelle mise en œuvre, pour répondre aux besoins des adolescents souffrant de troubles psychiques ? ».

Les concepts théoriques qui composent ma question de recherche sont développés ultérieurement.

3.2 Hypothèses de recherche

Afin de dynamiser le processus de mon étude, j'ai déterminé trois hypothèses qui demeurent des réponses provisoires à ma question de recherche.

- *J'é mets l'hypothèse que* l'éducateur social qui prend en charge des adolescents doit posséder les connaissances théoriques liées aux différents troubles psychiques et au développement de la personne humaine en lien avec le processus d'adolescence.
- *J'é mets l'hypothèse que* les adolescents souffrant de troubles psychiques ont des besoins spécifiques dus notamment au cadre de vie dans les structures.

⁷ HAUTE ECOLE SPECIALISEE DE SUISSE OCCIDENTALE. *Référentiel de compétences pour la formation Bachelor en Travail Social*. Sierre : Haute Ecole Spécialisée de Suisse occidentale. Document reçu dans le cadre du module d'intégration 1, 2008.

- *J'é mets l'hypothèse que la prise en charge éducative joue un rôle indispensable dans la démarche thérapeutique institutionnelle et que cette réponse éducative est liée à une action pluridisciplinaire efficiente. J'entends par « démarche thérapeutique », une prise en charge individualisée de l'adolescent, à travers des objectifs spécifiques propres à celui-ci. Dans ce contexte de recherche, la démarche thérapeutique institutionnelle englobe, selon les institutions, une démarche éducative et/ou psychothérapeutique et/ou soignante et/ou pédagogique.*

3.3 Objectifs de recherche

Ce travail de recherche doit permettre de :

- Identifier les besoins et les ressources des adolescents souffrant de troubles psychiques.
- Identifier le cadre de la prise en charge éducative dans les démarches thérapeutiques mises en œuvre auprès d'adolescents institutionnalisés, en Valais.
- Déterminer les techniques et les méthodes utilisées par l'éducateur social dans la prise en charge des adolescents en institutions valaisannes.

4. Cadre théorique

Pour réaliser ce cadre théorique, j'ai lu plus d'une vingtaine de livres traitant des thématiques développées ci-dessous. Il m'a paru important de rédiger, pour chacun de ces ouvrages, des fiches de lecture reprenant les chapitres qui traitaient spécifiquement de la problématique de mon Travail de Bachelor. J'ai également exploité divers supports de cours, non publiés, obtenus durant mon processus de formation.

4.1 Adolescence et troubles psychiques

4.1.1 Le développement de l'adolescent⁸

Pour débiter ce thème, il m'a paru indispensable de définir la terminologie des mots *adolescent*, *adolescence* :

« Les termes d'*adolescence* et d'*adolescent* sont apparus dans la langue française entre les XIII^e et XIV^e siècles. Ils proviennent du verbe latin *adolescere* qui signifie « grandir » et plus précisément de son participe présent. L'être auquel s'applique ce terme est donc étymologiquement celui qui est en train de grandir et s'oppose ainsi à celui dont l'opération de grandir a atteint son terme : l'*adulte* [...] »⁹.

Afin d'élaborer au mieux ce concept, en premier lieu, il est indispensable de connaître le développement de la personne humaine et plus précisément lors du processus d'adolescence. L'adolescence est un processus qui inclue une crise, ainsi qu'un réaménagement de sa conception de soi, de son rapport à autrui et à la société. Cette crise que vit l'adolescent possède un rôle structurant, organisateur, maturant. « La résolution de la crise permet, chez

⁸ Afin d'écrire ce chapitre, je me suis principalement basée sur le support de cours suivant : SOLIOZ, E. *L'adolescence : considérations générales*. Sierre : Haute Ecole Spécialisée de Suisse occidentale. Supports de cours obtenus dans le cadre du module C4 : « Relation à l'autre, individuelle et collective, rapport à soi », version de 2007 et 2009 (non publiée).

⁹ COSLIN, P. *Psychologie de l'adolescent*. Paris : Armand Colin, 2006. 12 p.

l'adolescent, l'élaboration de nouvelles défenses, l'investissement de soi, des activités autonomes du « Moi », le renoncement aux modes de fonctionnement infantile, la naissance d'identité sexuelle [...] »¹⁰.

Erik Homburger Erikson, célèbre psychanalyste, est l'auteur de la théorie du développement psychosocial composée de huit différents stades. Le cinquième stade du développement est celui de l'adolescence. C'est l'étape de la « crise identitaire »¹¹.

Tableau 2 Stade V : Adolescence (de 12 à 18 ans)¹²

Besoin	Clarifier qui l'on est
Champ d'action des relations interpersonnelles	Groupes de pairs, groupes de référence
Pôle syntonique qui indique la résolution de la crise	Identité
Pôle dystonique qui indique l'échec de cette résolution	Confusion des rôles
Tendance mésadaptative	Fanatisme
Tendance adaptative	Fidélité
Tendance inadaptative	Répudiation (haine et renier)
Tâches / activités	-Adapter la perception de soi aux changements pubertaires -Choisir son orientation professionnelle -Acquérir une identité sexuelle d'adulte -Adopter de nouvelles valeurs

Comme on peut le constater à l'aide du tableau ci-dessus, la question centrale que tente de résoudre l'adolescent est celle du « qui suis-je » ? L'adolescent doit alors investir son propre rôle et non plus imiter celui qu'il souhaite.

Types de processus d'adolescence

Modèle proposé par Muscari Mary E¹³.

- *Début de l'adolescence (fille : 11-13 ans / garçon : 12-14 ans) :*
oscillations de l'humeur, rêverie et monde imaginaire, préoccupations pour l'intimité et le fait d'être normal, importance du groupe d'amis de même sexe.
- *Milieu de l'adolescence (fille : 13-16 ans / 14-20 ans) :*
capacités de réflexion et de créativité accrues, comportement à risque, premières expériences sexuelles, groupes de pairs mixtes.
- *Fin de l'adolescence (fille et garçon : 17-25 ans) :*
capacités cognitives identiques à l'adulte, engagement, établissement définitive de l'identité sexuelle, développement de relations durables.

¹⁰ SOLIOZ, E. *L'adolescence : considérations générales*, 2007. 3 p.

¹¹ COSLIN, P. *Psychologie de l'adolescent*. Paris : Armand Colin, 2006. 122 p.

¹² SOLIOZ, E. *L'adolescence : considérations générales*, 2009. 4 p.

¹³ SOLIOZ, E. *L'adolescence : considérations générales*. 2007.

Modèle appuyé par Braconnier Alain¹⁴.

- *Phase d'opposition* : quête de plaisirs immédiats (tout et tout de suite).
- *Phase d'affirmation du moi* : idéalisme et mégalomanie (grands rêves).
- *Phase d'insertion* : identification stable à l'adulte (réalisme).

Modèle proposé par Blos Peter¹⁵.

- *Pré-adolescence* : transformations corporelles et accroissement des pulsions.
- *Première adolescence* : recherche de l'ami idéalisé, une sorte d'alter ego.
- *Adolescence* : premiers amours et relations sexuelles sous forme essais-erreurs ou association harmonieuse entre relation amoureuse et sexuelle.
- *Fin de l'adolescence* : consolidation des fonctions et intérêts du Moi, formation du caractère (relations amoureuses et amicales, choix professionnels et personnels).
- *Post-adolescence* : entrée dans le monde adulte mais, pas entièrement détaché du monde de l'enfance.

Durant le processus d'individuation, l'adolescent tente d'atteindre une certaine forme d'autonomie. « Le processus d'individuation est donc une quête d'indépendance dans le but de construire sa propre identité »¹⁶. Ce processus propre à l'adolescence est composé d'un certain nombre de concepts :

Les transformations pubertaires

L'adolescence débute au travers de nombreux bouleversements physiques et physiologiques qui peuvent être difficilement vécu par l'adolescent. En effet, il subit, malgré lui, une modification importante de l'image de son corps qui influence fortement l'estime de sa propre personne.

Tableau 3 Transformations pubertaires¹⁷

Fille (11-13 ans)	Garçon (12-15 ans)
Développement des glandes mammaires	Augmentation du volume des testicules
Développement de la vulve, du clitoris, du vagin et de l'utérus	Modifications de la verge et du scrotum
Pilosité pubienne, puis axillaire	Pilosité pubienne, axillaire, corporelle et faciale
Croissance de la taille	Croissance de la taille
Légère mue de la voix	Mue de la voix
Menstruation	Première éjaculation
Sécrétion des glandes sébacées	Sécrétion des glandes sébacées
Élargissement des hanches	Élargissement des épaules
Maturation du cerveau	Maturation du cerveau
Augmentation de la masse grasseuse	Augmentation du thorax

¹⁴ Ibid.

¹⁵ Ibid.

¹⁶ Ibid. 4 p.

¹⁷ Ibid. p. 1.

« Ces transformations physiques et physiologiques donnent à l'adolescent une impression d'étrangeté à lui-même : [...] ce qui fait naître en lui des inquiétudes quant à sa normalité »¹⁸.

Le stade de la génitalité

Ce stade représente la sexualité de l'adolescent qui va être réalisée sous le primat des organes génitaux.

Le stade des opérations formelles

Jean Piaget est notamment connu pour ses recherches sur la connaissance et l'intelligence. Il a mis en lumière une théorie portant sur le développement intellectuel qui se réalise en quatre étapes soit¹⁹ :

- La période sensori-motrice.
- La période préopératoire.
- La période opératoire concrète
- La période opératoire formelle.

Le stade qui m'intéresse plus particulièrement est celui des opérations formelles car il correspond à l'adolescence, c'est-à-dire qu'il débute après la douzième année de l'individu. Ce stade représente l'accès à la pensée hypothético-déductive qui consiste à partir d'hypothèses pour arriver à des déductions, mais aussi à l'abstraction ainsi que l'introspection. L'adolescent est alors capable d'imaginer, il acquiert une certaine logique.

La réactivation du complexe d'Œdipe

Afin de définir ce qu'est la réactivation de complexe d'Œdipe, il m'a paru nécessaire de brièvement m'arrêter sur ce que signifie la période Œdipienne. La phase d'Œdipienne qui fait suite au stade phallique, correspond à une période de l'enfance (approximativement entre quatre et sept ans) où l'enfant désire le parent du sexe opposé et montre une certaine hostilité au parent de même sexe. La réactivation du complexe d'Œdipe va permettre à l'adolescent de rompre le lien, quant à l'adolescente, elle cherchera plutôt à le flexibiliser.

La lutte entre le « Ça » et le « Moi »

C'est le fondateur de la psychanalyse, Sigmund Freud qui a structuré la psyché humaine en trois instances distinctes :

Tableau 4 Instances de l'appareil psychique²⁰

Ça	Moi	Surmoi
Côté pulsionnel Héritage psychologique Inconscient	Pensée rationnelle Médiateur → entre le « Ça » et le « Surmoi »	Conscience morale Valeurs morales et sociales Interdits parentaux intériorisés
Intérêts pulsionnels	Intérêts de la totalité de l'individu	Intérêts extérieurs
Principe de plaisir (processus primaire)	Principe de réalité	Conscience morale Idéal du « Moi » (attentes, idéaux, intérêts narcissiques)

¹⁸ JEAMMET, P, BOCHEREAU, D. *La souffrance des adolescents : quand les troubles s'aggravent : signaux d'alerte et prise en charge*. Paris : La Découverte, 2007. 29 p.

¹⁹ COSLIN, P. *Psychologie de l'adolescent*. Paris : Armand Colin, 2006.

²⁰ PITARELLI, E. *Introduction à la psychanalyse*. Sierre : Haute Ecole Spécialisée de Suisse occidentale. Supports de cours distribués dans le cadre du module A2 : « Travail social et action professionnelle », 2007.

Il y a, durant l'adolescence, une lutte entre le « Ça » représenté par les pulsions inconscientes et le « Moi » qui joue le rôle de médiateur entre les instances du « Ça » et du « Surmoi » de l'individu. Le « Surmoi » est défini par l'intériorisation des exigences ainsi que des interdits parentaux durant l'enfance.

Les différents mécanismes de défense

L'adolescent met en place diverses stratégies comportementales dont le but est de protéger l'instance du « Moi » des menaces provenant de l'extérieur. Pour ne pas se laisser envahir par des pulsions de types divers, l'adolescent utilise les mécanismes de défense suivant :

- *L'ascétisme* : c'est un mécanisme lié au rapport au corps (exemple : régime de vie strict).
- *L'intellectualisation* : c'est un mécanisme lié au rapport à la pensée, au cognitif (exemple : discussion « philosophique », discours idéaliste).
- *La sublimation* : l'adolescent va investir ses pulsions dans des activités (exemple : faire du sport).
- *Le clivage* : action de séparation, de division (exemple : les parents sont incultes et les adolescents sont intelligents).

Les deuils survenant au cours du processus d'adolescence

L'adolescent doit parvenir à faire le « deuil des parents idéaux »²¹ ce qui entraîne un changement dans ses relations objectales. Un certain nombre de conflits apparaissent, l'adolescent recherche son indépendance et de ce fait, il se heurte à l'autorité parentale. Le mode de communication entre parents et adolescent n'est plus le même que dans l'enfance, cela signifie également que les parents ainsi que l'adolescent doivent trouver et mettre en place de nouveaux moyens afin de communiquer ensemble. L'adolescent doit également se séparer de ses « objets infantiles »²² en se détachant du monde de l'enfance dans lequel il a vécu pendant de nombreuses années et qui lui confère, de ce fait, une sécurité.

Le passage à l'acte

Face aux nombreux deuils qui surviennent durant le processus d'adolescence, le passage à l'acte qui représente « une rupture par agression ou par retrait »²³ permet à l'adolescent de mettre son malaise en action. Cela peut notamment se traduire par : des conduites addictives, des troubles des conduites alimentaires, un tentamen, etc.

Le groupe de pairs

Le groupe de pairs joue un rôle fondamental car il permet notamment à l'adolescent de se sentir compris. Le groupe de référence occupe diverses fonctions :

- *Fonction de miroir* : l'adolescent peut percevoir son image à travers le regard des membres du groupe.
- *Fonction comparative* : il a la possibilité de se comparer et ainsi de répondre à l'interrogation « suis-je normal » ?
- *Fonction d'appartenance* : le groupe de pairs lui confère un sentiment d'appartenance.
- *Fonction d'entraide* : le groupe de référence est en mesure de l'aider, de le conseiller sur divers sujets comme la sexualité.

²¹ SOLIOZ, E. *L'adolescence : considérations générales*, 2007. 5 p.

²² Ibid. 5 p.

²³ Ibid. 7 p.

- *Fonction de test* : le groupe de pairs permet à l'adolescent de prendre des risques, de faire des tests (essais-erreurs).
- *Fonction normative* : il apprend à se conformer à des règles, à des normes imposées au sein du groupe notamment.
- *Fonction d'adaptation* : le groupe de référence soutient l'adolescent lorsqu'il doit s'adapter aux changements environnementaux qui surviennent durant ce processus d'adolescence.

Il n'est pas simple de déterminer précisément à quel âge se termine l'adolescence car cet aspect varie fortement d'un individu à l'autre mais, cela pourrait correspondre à l'insertion de la personne dans le monde des adultes. En d'autres termes, cela peut être lorsque que le sujet est parvenu à acquérir une identité sociale, professionnelle ainsi que sexuelle.

« L'évolution naturelle de l'adolescence est de s'intégrer à la société des adultes. C'est un besoin fondamental. Tous les adolescents le savent et ils attendent de pouvoir le faire »²⁴.

4.1.2 Les troubles psychiques à l'adolescence²⁵

Mon objectif est de présenter de manière globale, les troubles psychiques pouvant survenir durant le processus d'adolescence. Pour réaliser cette démarche, il m'a donc fallu faire des choix car la théorie concernant les troubles psychiques à l'adolescence est plus que complète et complexe. Je précise donc que la problématique développée ci-dessous est non-exhaustive.

« La psychopathologie se définit [...] comme *la science de la souffrance psychique*. Elle est en lien direct avec l'étude de l'esprit humain tel que l'approche de la psychologie clinique, et avec la médecine de l'esprit, la psychiatrie. Son ambition est de comprendre la manière dont ces disciplines fondent une approche de l'étrangeté de la folie. Elle peut donc être définie, également, comme *l'épistémologie de la psychologie clinique et de la psychiatrie* »²⁶.

« Les troubles mentaux constituent un problème majeur de santé publique à l'échelle du monde : plus d'un milliard et demi de personnes en souffrent, dont 400 millions de trouble anxieux, 250 millions de trouble de la personnalité, et 45 millions de schizophrénie »²⁷.

« La psychopathologie pose de façon cruciale la question du normal et du pathologique, et elle ne peut se concevoir indépendamment d'une réflexion sur la folie, et son rôle dans une société. Or désigner la folie conduit à prendre position sur la place laissée à la déviance et à la marginalité dans les conduites humaines et à délimiter les contours subjectifs du normal »²⁸.

²⁴ JEAMMET, P. [et al.]. *Adolescences*. Paris : Fondation de France, 1993. 37 p.

²⁵ Lors de la création de ce chapitre, je me suis à nouveau référée à un support de cours qui est : SOLIOZ, E. *Approche bio-psycho-sociale des troubles et entraves du développement*. Sierre : Haute Ecole Spécialisée de Suisse occidentale. Documents donnés dans le cadre du module E8-2 : « Approche bio-psycho-sociale des troubles et entraves du développement », 2009 (non publié).

Mais, également aux deux ouvrages suivant : BOURCET, S, TYRODE, Y, RASCLE, C. *Les troubles de l'adolescence*. Paris : Ellipses, 2001. Et JEAMMET, P, BOCHEREAU, D. *La souffrance des adolescents : quand les troubles s'aggravent : signaux d'alerte et prise en charge*. Paris : La Découverte, 2007.

²⁶ MENECHAL, J. *Introduction à la psychopathologie*. Paris : Dunod, 1997. 9 p.

²⁷ Ibid. 9 p.

²⁸ Ibid. 10-11 p.

De plus, cette frontière varie selon divers éléments tels que la culture, le contexte, l'environnement. Je me suis inspirée du chapitre²⁹ : *les signes du mal-être : du normal au pathologique* afin de créer un tableau décrivant les comportements, durant le processus d'adolescence, qui relèvent de la « normalité » ou de la « pathologie » :

Tableau 5 Normal versus pathologique

Normalité	Pathologie
Fluidité	Viscosité
Labilité	Rigidité
Adaptabilité	Fixité
Variété des attitudes	Conduites répétitives puis stéréotypées
Mouvement	Stagnation

Alain Braconnier et Daniel Marcelli relèvent trois critères qui permettent d'indiquer le caractère pathologique d'un comportement³⁰ :

- La forme répétitive d'une conduite.
- La même conduite qui perdure durant plus de trois mois voire même six mois ou plus.
- L'accumulation de diverses manifestations de souffrance et/ou de déviance ainsi que l'apparition de nouveaux symptômes venant se greffer à ceux déjà survenus.

Les troubles psychopathologiques à l'adolescence peuvent se manifester sous différentes formes :

Les troubles somatoformes

Les troubles somatoformes ou psychosomatiques se manifestent uniquement sous la forme de symptômes physiques divers et persistants, qui ne peuvent être expliqués par une pathologie organique. Ces manifestations physiques touchent habituellement un des registres suivant (les exemples cités ne sont pas exhaustifs) :

- La sphère respiratoire (asthme, maux de gorge).
- La sphère digestive (maux de ventre, vomissement).
- La sphère neurologique (maux de tête, céphalée).
- L'épiderme (eczéma).
- La zone dorsale (douleurs dorsales).
- Les conduites alimentaires (réaction allergique).

Ces différents symptômes physiques dénoncent, à quelque part, la souffrance psychique éprouvée par l'adolescent.

« Sans que le sujet en ait conscience, de telles manifestations transposent à l'*intérieur du corps* le mal-être éprouvé dans l'*intimité de l'esprit*, donnant à la souffrance psychique un support manifeste. On pourrait dire de manière un peu lapidaire que tout se passe comme si l'adolescent concerné – faute de pouvoir

²⁹ JEAMMET, P, BOCHEREAU, D. *La souffrance des adolescents : quand les troubles s'aggravent : signaux d'alerte et prise en charge*. Paris : La Découverte, 2007.

³⁰ BRACONNIER, A, MARCELLI, D. *L'adolescence aux mille visages*. Paris : Odile Jacob, 1998.

accéder à son langage intérieur et au langage tout court – en était réduit à exprimer des *maux* en guise de *mots* »³¹.

Les troubles des conduites alimentaires

Les troubles des conduites alimentaires survenant à l'adolescence correspondent à des perturbations du comportement alimentaire développé durant l'enfance.

L'anorexie mentale (anorexia nervosa) est « une addiction à la faim, au besoin alimentaire et au manque »³². Je me suis référée au manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-IV-TR) afin de mettre en évidence les caractéristiques propres à l'anorexie mentale³³ :

- A. Refus de maintenir le poids corporel au niveau ou au dessus d'un poids minimum normal pour l'âge et pour la taille (par exemple, perte de poids conduisant au maintien du poids à moins de 85% du poids attendu, ou incapacité à prendre du poids pendant la période de croissance conduisant à un poids inférieur à 85% du poids attendu).
- B. Peur intense de prendre du poids ou de devenir gros, alors que le poids est inférieur à la normale.
- C. Altération de la perception du poids ou de la forme de son propre corps, influence excessive du poids ou de la forme corporelle sur l'estime de soi, ou déni de la gravité de la maigreur actuelle.
- D. Chez les femmes postpubères, aménorrhée, c'est-à-dire absence d'au moins trois cycles menstruels consécutifs. (Une femme est considérée comme aménorrhéique si les règles ne surviennent qu'après administration d'hormones, par exemple œstrogènes).

On distingue deux types d'anorexie mentale :

- *Type restrictif* : régime alimentaire strict, période de jeûne et séances d'exercices physiques poussées à l'extrême. Ce type d'anorexie représente le 50% des sujets.
- *Type avec crises de boulimie et/ou vomissements ou prise de purgatifs (lavements, laxatifs, diurétiques)* : 50% des adolescents sont également touchés par ce type d'anorexie.

Les critères diagnostiques de **la boulimie (bulimia nervosa)** à nouveau selon le DSM-IV-TR sont³⁴ :

- A. Survenue récurrente de crises de boulimie (« binge eating »). Une crise de boulimie répond aux deux caractéristiques suivantes :
 - (1) Absorption, en une période de temps limitée (par exemple, moins de deux heures) d'une quantité de nourriture largement supérieure à ce que la plupart des gens absorberaient en une période de temps similaire et dans les mêmes circonstances.
 - (2) Sentiment de perte de contrôle sur le comportement alimentaire pendant la crise (par exemple, sentiment de ne pas pouvoir s'arrêter de manger ou de ne pas pouvoir contrôler ce que l'on mange ou la quantité que l'on mange).

³¹ POMMERAU, X. *Quand l'adolescent va mal : l'écouter, le comprendre, l'aimer*. Paris : Jean-Claude Lattès, 1997. 44-45 p.

³² JEAMMET, P, BOCHEREAU, D. *La souffrance des adolescents : quand les troubles s'aggravent : signaux d'alerte et prise en charge*. Paris : La Découverte, 2007. 102 p.

³³ DUMAS, J-E. *Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent*. Bruxelles : De Boeck Université, 2002. 385 p.

³⁴ Ibid. 387 p.

- B. Comportements compensatoires inappropriés et récurrents visant à prévenir la prise de poids tels que : vomissements provoqués, emploi abusif de laxatifs, diurétiques, lavements ou autres médicaments ; jeûne ; exercice physique excessif.
- C. Les crises de boulimie et les comportements compensatoires inappropriés surviennent tous deux, en moyenne, au moins deux fois par semaine pendant trois mois.
- D. L'estime de soi est influencée de manière excessive par le poids et la forme corporelle.
- E. Le trouble ne survient pas exclusivement pendant des épisodes d'Anorexie mentale (Anorexia nervosa).

On distingue également deux types de boulimie :

- *Type sans vomissements, ni prise de purgatifs* : la personne va adopter des comportements compensatoires tels que les séances d'exercices physiques poussés à l'extrême, les périodes de jeûne. Ce type de boulimie touche un tiers des personnes.
- *Type avec vomissements et prise de purgatifs (lavements, diurétiques, laxatifs* : Ce type de boulimie touche quant à lui deux tiers des sujets.

Tableau 6 Distinctions majeures entre anorexie mentale et boulimie³⁵

Anorexie mentale	Boulimie
Poids en dessous de la norme	Poids dans la norme voire au dessus de celle-ci
Réseau social restreint	Réseau social plus élargi
Dénutrition volontaire	Pulsion à manger
Déni de la maladie	Reconnaissance de la maladie, avec un sentiment de honte et de culpabilité
Contrôle et maîtrise	Perte de maîtrise, de contrôle
Toute puissance	Impuissance
Pulsion de mort	Pulsion de vie
Perfection	Déchéance
Jouissance à dire « non » au besoin vital de se sustenter	Souffrance à céder à ses impulsions alimentaires

³⁵ SOLIOZ, E. *Approche bio-psycho-sociale des troubles et entraves du développement*. 2009.

Les troubles de la sexualité

« La notion de sexualité désigne un ensemble de phénomènes qui englobe non seulement la sexualité génitale mais également toutes les émotions complexes qui s'y rattachent »³⁶.

Il y a un certain nombre de troubles qui sont souvent observés durant le processus d'adolescence tels que :

Tableau 7 Troubles de la sexualité à l'adolescence³⁷

Adolescente	Adolescent
Anorgasmie (problématique de type névrotique) -Incapacité à atteindre l'orgasme sexuel	Anéjaculation (problématique de rétention) -Incapacité à atteindre l'orgasme sexuel
Trouble du désir (partenaire sexuel irrespectueux) -Absence de désir sexuel	Trouble érectile (angoisse de type phobique) -Incapacité à avoir une érection sexuelle
Dyspareunies (cause de type gynécologique) -Douleurs vaginales durant l'acte sexuel	Éjaculation précoce (scénario d'anticipation) -Difficultés à « contrôler » l'éjaculation
Vaginisme (intrusion traumatique) -Contractions involontaires et douloureuses du vagin	

On parle de **troubles de l'identité sexuelle** lorsque les trois critères suivant sont réunis :

- Le sujet s'identifie continuellement et intensivement au sexe opposé.
- Il ressent un profond inconfort par rapport au sexe qui lui a été assigné.
- Il n'y a pas d'affection physique présente telle que l'hermaphrodisme.

Les troubles de l'identité sexuelle peuvent être :

- *Le transsexualisme* : la personne aimerait vivre et être admise comme un individu du sexe opposé au sien. Dans ce cas de figure, le recours à une intervention chirurgicale pour changer de sexe est fréquent.
- *Le travestisme bivalent* : le sujet se vêt avec des habits destinés au sexe opposé mais, il ne désire pas changer de sexe.

Je tiens aussi à aborder **les difficultés en lien avec le développement psychosexuel** car je pense que ces problèmes peuvent être étroitement liés au processus d'adolescence :

- *Orientation égo-dystonique* : le sujet veut être différent mais, il ne possède aucun doute au niveau de sa préférence ou de son identité sexuelle.
- *Trouble de la maturation sexuelle* : la personne ressent des doutes quant à son identité ou son orientation sexuelle.
- *Problème relationnel lié à l'orientation sexuelle* : l'individu fait preuve d'ambivalence concernant son orientation sexuelle, cela a pour conséquence que la personne rencontre des difficultés lors l'établissement de relations sexuelles.

³⁶ BOURCET, S, TYRODE, Y, RASCLE, C. *Les troubles de l'adolescence*. Paris : Ellipses, 2001. 35 p.

³⁷ Je me suis basée sur le chapitre : *les troubles de la sexualité* du support de cours : *approche bio-psycho-sociale des troubles et entraves du développement*, afin de construire ce tableau.

Les troubles anxieux (deux catégories)

« Les troubles anxieux regroupent de nombreuses difficultés hétérogènes qui ont pour dénominateur commun des sentiments intenses et persistants d'anxiété. Ces sentiments sont extrêmes compte tenu du stade développemental de l'enfant ou de l'adolescent, perturbent considérablement son fonctionnement quotidien et entravent son développement [...] »³⁸.

Les troubles anxieux phobiques sont caractérisés par de l'anxiété qui est déclenchée par des situations bien précises. Ces troubles correspondent à :

- *L'agoraphobie* définit comme une peur intense de la foule et des grands espaces.
- *La phobie sociale* qui se traduit par la peur irrationnelle d'être soumis à l'éventuelle observation soutenue d'une tierce personne.
- *La phobie spécifique*, qui peut notamment prendre la forme d'une phobie scolaire, correspond à la peur extrême d'un objet ou d'une situation spécifique qui ne présente aucune dangerosité immédiate.

Les autres troubles anxieux ne sont pas exclusivement déclenchés par l'exposition à une situation en particulier. Ce sont notamment :

- *Le trouble panique* qui correspond à des attaques récurrentes d'anxiété sévère aussi nommées attaques de panique. Ce trouble est caractérisé par des attaques de panique imprévisibles et subites. Cette agitation extrême mais, de courte durée peut parfois conduire le sujet à perdre connaissance.
- *L'anxiété généralisée* est persistante, latente. Ce trouble est quant à lui marqué par de l'irritabilité, des pensées de types dépressives, de la crainte et de l'inquiétude concernant notamment le passé et l'avenir.

Les symptômes dépressifs sévères

Stéphane Bourcet, Yves Tyrode et Catherine Rascle mettent en lumière la difficulté découlant de l'identification d'une dépression pendant la période d'adolescence. Ils soulignent que certains auteurs considèrent que l'adolescence est un processus comportant certaines caractéristiques semblables au syndrome dépressif mais, « normal » à cet âge-là. Les spécialistes qui défendent ce point de vue s'accordent sur le fait que les adolescents souffrant de dépression seraient rares. D'autres cliniciens pensent, quant à eux, que le diagnostic de dépression durant l'adolescence est sous-évalué.

Ces divergences d'opinions m'amènent à réfléchir sur l'importance qu'est accordée au diagnostic, particulièrement à l'adolescence. Je conçois que le principal risque qui découle de la détermination d'un diagnostic est la stigmatisation de l'individu concerné. Cependant, je pense que lorsqu'un diagnostic est établi, il y a alors identification du trouble mais, surtout une reconnaissance, une prise en considération de la souffrance engendrée par celui-ci. Cette reconnaissance-là me semble essentielle.

Les symptômes dépressifs sont principalement caractérisés par :

- Une humeur dépressive qui se traduit par une importante tristesse. « L'humeur ou thymie est la disposition affective de base qui donne à chacun de nos états d'âme une tonalité agréable ou désagréable oscillant entre les deux pôles extrêmes du plaisir et de la douleur »³⁹.

³⁸ DUMAS, J-E. *Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent*. Bruxelles : De Boeck Université, 2002. 324 p.

³⁹ DELBROUCK, M. *Psychopathologie : manuel à l'usage du médecin et du psychothérapeute*. Bruxelles : De Boeck Université, 2007. 317 p.

- L'apathie face au quotidien qui se traduit par une absence d'envie et d'intérêt.

Toutefois, divers autres symptômes principalement de types somatiques sont souvent associés aux deux manifestations précédentes tels que :

- Un ralentissement ou une agitation psychomotrice.
- Une fatigue persistante ainsi qu'une perte d'énergie vitale.
- Un manque d'appétit entraînant une perte de poids significative.
- Une baisse du désir sexuel.
- Des perturbations du sommeil comme de l'hypersomnie et de l'insomnie.
- Des cauchemars fréquents.
- Des automutilations.
- Des pensées morbides ou suicidaires voire des tentamens.

Les symptômes dépressifs sévères entraînent l'adolescent à se dévaloriser mais, aussi à se culpabiliser. Persuadé de son incapacité voire même de son inutilité, l'estime de soi de l'adolescent est malmenée.

Les troubles psychotiques ou schizophréniques

« La psychose est un trouble psychiatrique grave qui présente des perturbations importantes du fonctionnement psychique au niveau de la pensée, des sensations, des perceptions et du contrôle des impulsions entraînant des dysfonctionnements sociaux, familiaux et professionnels »⁴⁰.

La schizophrénie est une psychose dissociative. C'est un trouble particulièrement sévère et durable, ayant des conséquences importantes sur la perception de la réalité, l'organisation cognitive, affective et sociale de l'individu concerné. Différentes sphères telles que le langage, la pensée, la volonté, les émotions, les sensations, la mémoire ainsi que l'attention du sujet sont ainsi touchées. Je me suis référée au chapitre⁴¹ : *schizophrénie, trouble schizotypique et troubles délirants* afin de construire un tableau synthétisant les manifestations symptomatiques de la schizophrénie.

⁴⁰ Ibid. 286 p.

⁴¹ SOLIOZ, E. *Approche bio-psycho-sociale des troubles et entraves du développement*. 2009.

Tableau 8 Symptômes de la schizophrénie

Symptômes florides qui sont des éléments poussés à l'extrême	Symptômes négatifs qui correspondent à des éléments sous-développés	Symptômes de désorganisation qui rendent compte d'une structure de la personnalité désorganisée. Ces symptômes touchent : 1. le comportement moteur 2. le discours du sujet
Hallucinations principalement de types auditifs mais, aussi visuels et kinesthésiques	Aphasie/alergie -discours peu spontané -restriction des échanges	Geste brusque et balancement répétitif généralement conséquent aux idées délirantes
Idées délirantes -les thèmes sont généralement de deux ordres : la persécution et la possession	Émoussement d'ordre affectif -(quasi-) absences de manifestation des émotions ou alors manifestations totalement inadaptées de celles-ci	Rigidité musculaire et catatonie
	Anhédonie -absence de plaisir -perte d'intérêt -indifférence	Maintien conscient d'une pose physique pas appropriée
	Avolition/apathie -perte de volonté -manque de motivation -apathie face au quotidien	Discours changeant, superficiel, incohérent, renforcé par un manque de clarifications et de répétitions
		Langage pauvre et restreint
		Pensée illogique
		Difficultés à communiquer notamment dues au discours désorganisé mais, également parce que l'individu n'a pas connaissance des règles implicites à la communication

La schizophrénie a des répercussions majeures et non-négligeables sur la vie de l'adolescent ainsi que celle son entourage. Le comportement de l'adolescent se voit considérablement altérer de façon qualitative. Ce trouble a donc pour conséquence de fortement entraver le développement à moyen et à long terme de l'adolescent.

Les conduites addictives

« Les conduites addictives se caractérisent par la consommation répétitive d'un produit ou le recours tout aussi répétitif à une conduite ou à un comportement, qui vont en augmentant et en s'aggravant et finissent par avoir des conséquences négatives sur la personne, sa santé et/ou son psychisme »⁴².

⁴² JEAMMET, P, BOCHEREAU, D. *La souffrance des adolescents : quand les troubles s'aggravent : signaux d'alerte et prise en charge*. Paris : La Découverte, 2007. 98 p.

Elles se manifestent chez l'adolescent par la consommation de multiples produits comme : le tabac, l'alcool, les médicaments psychotropes mais, également les drogues illicites telles que le haschich, l'ecstasy, les acides, les amphétamines, l'héroïne, la cocaïne, etc. « [...] Tous ces produits ont en commun de modifier les équilibres psychiques et physiologiques et de produire des effets immédiats sur la conscience [...] »⁴³.

Ces conduites addictives peuvent également se traduire par une addiction :

- *au sexe ou aux personnes* : l'adolescent est emprisonné par un besoin compulsif de connaître, de rencontrer des personnes nouvelles qui sont investies en tant qu'objet et non en tant qu'individu à part entière.
- *aux jeux vidéo* : l'adolescent se renferme peu à peu sur lui-même, ses contacts sociaux s'amenuisent. Cette addiction peut notamment entraîner la création d'une « néoréalité »⁴⁴, une réalité propre à l'individu.
- *aux conduites à risques* aussi appelées « conduites ordaliques »⁴⁵ : l'adolescent prend de nombreux risques et se met ainsi régulièrement en danger (exemples : multiplication des rapports sexuels avec différents partenaires et sans protection, conduire un véhicule motorisé en état d'ébriété ou sans être titulaire d'un permis de circulation).
- *à une ou des idéologies* : l'adolescent appartient à un groupement tel que la scientologie, véhiculant des théories spécifiques à l'idéologie qui y est prônée.

Les conduites addictives sont souvent associées à d'autres troubles tels que la boulimie par exemple. Ce phénomène est communément appelé « comorbidité »⁴⁶, cela correspond à l'addition de divers syndromes, c'est-à-dire de plusieurs troubles.

Le trouble des conduites

Dans les troubles du comportement, on trouve trois sous-types de troubles distincts nommés : trouble oppositionnel avec provocation, trouble des conduites ainsi que le trouble des habitudes et des impulsions.

J'ai choisi de développer le trouble des conduites car celui-ci peut s'intensifier durant le processus d'adolescence. J'ai mis en évidence les critères diagnostiques établis par le DSM-IV-TR concernant le trouble des conduites⁴⁷ :

- A. Ensemble de conduites, répétitives et persistantes, dans lequel sont bafoués les droits fondamentaux d'autrui ou les normes et règles sociales correspondant à l'âge du sujet, comme en témoigne la présence de trois des critères suivants (ou plus) au cours des douze derniers mois, et d'au moins un de ces critères au cours des six derniers mois :
 - Agressions envers des personnes ou des animaux.
 - Destruction de biens matériels.
 - Fraude ou vol.
 - Violations graves des règles établies.
- B. La perturbation du comportement entraîne une altération cliniquement significative du fonctionnement social, scolaire ou professionnel.

⁴³ Ibid. 100 p.

⁴⁴ Ibid. 101 p.

⁴⁵ RICHARD, F. *Les troubles psychiques à l'adolescence*. Paris : Dunod, 1998. 100 p.

⁴⁶ JEAMMET, P. BOCHEREAU, D. *La souffrance des adolescents : quand les troubles s'aggravent : signaux d'alerte et prise en charge*. Paris : La Découverte, 2007. 118 p.

⁴⁷ Opere citato. 240-241 p.

- C. Si le sujet est âgé de dix-huit ans ou plus, le trouble ne répond pas aux critères de la Personnalité antisociale.

Comme on peut l'observer dans le descriptif ci-dessus, le trouble des conduites se caractérise avant tout par des comportements agressifs, provocants voire dyssociaux ainsi qu'une toute puissance de l'adolescent.

Les pathologies limites

Comme le souligne Philippe Jeammet et Denis Bochereau, ce qui est défini par pathologies limites ou états limites n'est pas clair. C'est pourquoi, il est d'autant plus difficile d'établir un diagnostic précis concernant cette pathologie. De plus, il est constaté que les états limites sont bien souvent amalgamés avec un trouble de la personnalité et plus précisément, le trouble de la personnalité de type borderline.

Les pathologies limites, parfois également nommées dysharmonie évolutive correspondent à une crise d'adolescence poussée à l'extrême que cela soit sur la durée et/ou en intensité. Cette dysharmonie évolutive signifie que le développement cognitif, psycho-affectif, sexuel et social de l'adolescent se dysharmonise.

Il y a de multiples symptômes qui caractérisent les pathologies limites :

- Grande dépendance.
- Quête incessante d'identité.
- Sentiment de toute puissance.
- Relation objectale de type anaclitique qui signifie que l'adolescent s'appuie sur les autres et qu'il a besoin d'eux pour exister.
- Inaptitude à supporter la solitude.
- Attachement insécure qui se manifeste par une incapacité à se séparer, à lâcher prise.
- Sentiment de vide et d'inutilité (dévalorisation).
- Ennui et insatisfaction constante.
- Basse estime de soi.
- Incertitude identitaire (image de soi perturbée).
- Grande instabilité.

Un certain nombre de conduites sont également propres aux états limites :

- Impulsivité marquée par des réactions fortes et rapides.
- Accès intense de colère inadaptée (rage imprévisible).
- Difficulté à maîtriser les émotions qui ont un caractère explosif.
- Grand manque de stabilité affective et relationnelle qui se traduit par de nombreux changements.
- Instabilité de l'humeur.
- Violence fréquente qui se manifeste par diverses prises de risques, des automutilations, des accidents répétés.
- Relations tyranniques : l'adolescent a tendance à se servir d'autrui qui est considéré comme un objet. Les relations mises en place par le sujet sont dominées par l'arrogance et le mépris. Dans son discours, l'adolescent a souvent recours à l'identification projective qui consiste à projeter sur autrui des affects qui lui appartiennent.

J'aimerais me pencher sur deux thèmes afin de clore ce chapitre. Le premier thème est l'étiologie des troubles psychiques survenant durant le processus d'adolescence. En effet, il faut l'association de divers facteurs afin de provoquer l'émergence d'un trouble psychique :

- *Des facteurs biologiques* qui peuvent être d'origine génétique (prédisposition).

- *Des facteurs de vulnérabilité* tels que des antécédents familiaux ou environnementaux psychiatriques.
- *Des facteurs psychologiques* qui correspondent au fonctionnement propre du sujet en question.
- *Des facteurs familiaux* qui sont directement liés au système, à l'environnement familial et aux types de relations qui y sont établis.
- *Des facteurs socioculturels* qui sont véhiculés par la société et la culture relative à celle-ci.

Un aspect qui m'a paru également judicieux d'aborder concerne les traitements thérapeutiques. Etant donné qu'il y a de nombreuses thérapies possibles, je vais les présenter de manière laconique :

- *Les méthodes psychodynamiques* (psychanalyse) qui sont exclusivement centrées sur l'individu souffrant du trouble.
- *Les thérapies cognitives et comportementales* qui visent à modifier les schémas de conscience et les comportements qui en découlent. Ces thérapies peuvent par exemple être employées avec des individus souffrant de troubles anxieux.
- *Les thérapies systémiques* qui traitent l'adolescent ayant un trouble psychique, tout en incluant à cette démarche les personnes qui composent l'environnement de celui-ci. Les thérapies systémiques sont entre autre recommandées pour des troubles sévères et persistants tels que la schizophrénie.
- *Les psychothérapies de groupe* particulièrement conseillées notamment dans les cas de boulimie afin de réduire le sentiment de culpabilité habité par l'adolescent.

« Un objectif réaliste des soins consiste en une réduction des symptômes afin de limiter les conséquences des troubles à une période de l'existence où il s'agit obligatoirement de quitter un statut d'enfant et de construire son entrée dans le monde adulte »⁴⁸.

Ces traitements thérapeutiques sont dans la majeure partie des cas, soutenus par une chimiothérapie. L'adolescent se voit alors prescrire un traitement médicamenteux propre à son trouble psychique afin notamment d'apaiser la souffrance qui en découle. Les médicaments psychotropes produisant un effet sur l'état de conscience sont⁴⁹ :

- Les benzodiazépines
- Les anxiolytiques
- Les antidépresseurs
- Les thymoanaleptiques
- Les thymorégulateurs
- Les neuroleptiques
- Les antipsychotiques

L'hospitalisation en psychiatrie des 12-18 ans

L'institutionnalisation d'un adolescent en milieu psychiatrique correspond à l'hospitalisation de celui-ci dans un lieu thérapeutique et non dans un lieu de vie tel qu'un foyer. Le but de l'hospitalisation étant d'accompagner l'adolescent dans une démarche thérapeutique.

⁴⁸ JEAMMET, P, BOCHEREAU, D. *La souffrance des adolescents : quand les troubles s'aggravent : signaux d'alerte et prise en charge*. Paris : La Découverte, 2007. 175 p.

⁴⁹ DELBROUCK, M. *Psychopathologie : manuel à l'usage du médecin et du psychothérapeute*. Bruxelles : De Boeck Université, 2007. 707-718 p.

Le Professeur Philippe Jeammet et le Docteur Denis Bochereau, requièrent l'hospitalisation du sujet adolescent en cas de :

- Etats de désorganisation psychotique aiguë telle que la bouffée délirant aiguë (BDA) qui correspond à un important épisode délirant.
- Troubles du comportement.
- Symptômes dépressifs sévères.
- Troubles des conduites alimentaires, particulièrement l'anorexie mentale, lorsque les manifestations de celle-ci comportent un risque vital pour la personne.

Lors de la lecture de l'ouvrage, *l'institution résidentielle, médiateur thérapeutique*, je me suis spécialement intéressée au sixième chapitre⁵⁰, écrit par Philippe Kinoo. Ce pédopsychiatre s'est penché sur ce qu'il nomme le processus d'« entrée » et de « sortie » institutionnel. Selon lui, il est important lorsque l'on s'intéresse à l'institutionnalisation et particulièrement à l'hospitalisation d'un adolescent en milieu psychiatrique de traiter également du processus d'« entrée » et de « sortie » qui délimite le commencement ainsi que la fin de la prise en charge. Lorsque cela est envisageable, c'est-à-dire lorsque que ce n'est pas une hospitalisation d'urgence, il est nécessaire que le processus d'« entrée » soit réalisé en plusieurs étapes. Il est primordial que les rôles et les fonctions de tous les protagonistes soient bien définis, délimités et respectés. Le contexte ainsi que le cadre de la prise en charge qui va être mis en place doivent également être clairs. L'institutionnalisation, l'hospitalisation doivent être considérées comme un passage et non comme un aboutissement. De ce fait, il est essentiel que le processus de « sortie » joue un rôle tout au long de la période d'hospitalisation, cela signifie que cet aspect soit verbalisé avec l'adolescent ainsi que les personnes concernées. En effet, la sortie ne doit normalement pas être préparée seulement lorsque le placement prend fin.

Durant mon entretien exploratoire avec Mme Jeannette Schwery, infirmière cheffe du centre valaisan de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, il m'a paru judicieux de la questionner sur ce processus décrit par Philippe Kinoo. Je lui ai donc demandé de m'expliquer de quelle manière se déroule généralement l'hospitalisation d'un adolescent, afin de pouvoir constater si la réalité est « conforme » aux propos mis en évidence ci-dessus.

« Avant l'hospitalisation d'un adolescent, il y a tout d'abord un entretien de famille (présence d'une personne qui représente la famille) afin de mettre en évidence la problématique de l'adolescent ainsi que les possibilités de prise en charge envisageables. Suite à cela, le cadre de la thérapie est fixé (les visites, le planning de la semaine comportant les différents ateliers à choisir). Chaque semaine, la situation du jeune ainsi que l'évolution de celle-ci est évaluée avec le médecin ou le personnel soignant durant les entretiens individuels et de famille. Le personnel soignant travaille également avec les soins diagnostics, c'est-à-dire qu'un processus de soins est mis en place. La problématique est évaluée tous les deux jours environ, par le personnel soignant avec la participation de l'adolescent. Le médecin (pédopsychiatre) travaille notamment avec les observations effectuées par le personnel soignant. Chaque deux semaines, un colloque est organisé en présence des médecins ainsi que du personnel soignant afin d'effectuer une supervision mais également pour faire le point sur la situation de chaque adolescent hospitalisé.

La durée moyenne d'une hospitalisation est de 30 à 35 jours mais, cela varie d'un sujet à l'autre.

⁵⁰ HAYEZ, J-Y. *L'institution résidentielle, médiateur thérapeutique*. Vigneux : Matrice, 1994.

L'hospitalisation donne suite soit à un suivi ambulatoire afin d'accompagner l'adolescent ainsi que sa famille, soit l'adolescent est placé dans une autre institution où il bénéficie également d'un suivi effectué par le médecin de liaison »⁵¹.

La durée d'une hospitalisation varie principalement en fonction du trouble dont souffre l'adolescent mais également de la situation familiale de celui-ci. Cependant, il est primordial que cette période soit limitée dans le temps afin d'éviter, entre autre, un risque de désocialisation de l'adolescent. L'hospitalisation doit faire partie intégrante d'un projet basé sur le long terme. Cela signifie qu'il est indispensable qu'un suivi ambulatoire régulier soit mis en place, suite à une hospitalisation en psychiatrie.

Jean-Claude Chanseau, François Gosse et Gilles Robino⁵² ont défini trois objectifs que les services de psychiatrie doivent atteindre⁵³ :

- Contenir l'adolescent dans ses débordements pulsionnels et parfois le protéger de lui-même.
- Protéger l'environnement extérieur, c'est-à-dire la structure institutionnelle ainsi que la société.
- L'objectif principal étant de soigner les troubles psychiques de l'adolescent, il est primordial que le cadre de la prise en charge soit adapté aux besoins de la personne et suffisamment sécurisant.

La pédopsychiatrie en Valais⁵⁴

Tableau 9 Historique de la pédopsychiatrie en Valais

1930	Fondation d'un service médico-pédagogique (SMP), unique en Suisse, pour enfants et adolescents, à l'hôpital psychiatrique de Malévoz (Monthey)
1965-1972	Ouverture de petites succursales ambulatoires du SMP à Monthey, Martigny, Sion, Sierre, Viège et Brigue
1982	Fondation d'un Office Médico-Pédagogique cantonal autonome avec des centres régionaux à Monthey, Martigny, Sion, Sierre, Viège et Brigue
1993	Fondation d'une division ambulatoire de pédopsychiatrie dans le cadre du Service d'Aide à la Jeunesse
2000	La pédopsychiatrie ambulatoire cantonale est réglée par la loi dans le cadre de la nouvelle Loi en faveur de la jeunesse

A l'initiative du médecin cantonal, un groupe de travail⁵⁵ est constitué en 1999 pour étudier la création d'une unité de psychiatrie pour enfants et adolescents, en Valais. Cette même année,

⁵¹ SCHWERY, J. *Entretien exploratoire : retranscription*, 2009. p. 1-2.

⁵² Lors de l'écriture du chapitre : *dispositifs d'accueil et de soins et adolescents désorganiseurs*, Jean-Claude Chanseau (médecin-chef), François Gosse (praticien hospitalier) et Gilles Robino (praticien hospitalier) exerçaient au service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent du centre hospitalier de Libourne.

⁵³ BRACONNIER, A. [et al.]. *Soigner, protéger, punir : adolescentes, adolescents*. Paris : Bayard, 1999.

⁵⁴ J'ai recueilli ces informations durant l'entretien mené le 25 juin 2009 avec Mme Schwery Jeannette, infirmière cheffe du centre valaisan de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Afin de présenter ce descriptif de la structure, je me suis également basée sur un document interne que Mme Schwery m'a transmis durant cette rencontre. Ce document est l'exposé de M. Waeber Reinhard, médecin chef de l'unité de l'enfant et de l'adolescent, notamment présenté durant la conférence de presse (signature de la convention, 2002).

⁵⁵ Ce groupe de travail était constitué des personnes suivantes : Dr Raphaël Carron (directeur des Institutions Psychiatriques du Valais romand), Dr Christian Monney (directeur adjoint des IPVR), M. Walter Schnyder (chef du Service cantonal d'Aide à la Jeunesse), M. Maurice Nanchen (adjoint au SCAJ), Dr Reinhard Waeber (médecin chef de l'Unité ambulatoire de psychiatrie pour enfants et adolescents).

le Grand Conseil octroie un soutien financier pour le développement de cette structure. En 2000, le Département de la Santé décide d'introduire l'unité stationnaire de pédopsychiatrie à l'hôpital de Sierre. En janvier 2002, le centre valaisan de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (CVPEA) ouvre ses portes.

Ce service cantonal accueille des enfants et des adolescents du Haut-Valais (partie germanophone) ainsi que du Valais Romand (partie francophone). C'est un lieu thérapeutique (présence permanente de thérapeutes et de médecins), ce n'est pas un lieu de vie contrairement à un foyer. Le centre valaisan de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent pouvait à son ouverture accueillir huit personnes. A ce jour, sa capacité d'accueil a augmenté, deux places supplémentaires ont été créées. Cette unité thérapeutique est basée sur un concept bio-psycho-social systémique moderne dont les caractéristiques sont les suivantes :

- *Intégration complète de l'unité dans l'hôpital de soins aigus.*
La psychiatrie de l'adolescent est une discipline médicale au sens plein du terme ; et la prise en charge de patients souffrant d'affections psychiatriques sévères requiert un environnement comparable à celui dont bénéficient les patients atteints d'affections organiques.
- *Complémentarité des offres thérapeutique et pédagogique.*
La psychothérapie moderne met l'accent sur l'intervention auprès de l'individu, de l'individu et de ses parents, de l'individu et de sa famille ; elle fait appel à la pédagogie sociale, au développement des compétences de l'environnement (famille, école, institutions). La pharmacothérapie est utilisée comme soutien à l'action thérapeutique globale.
- *Collaboration interdisciplinaire.*
L'équipe de l'unité psychiatrique pour enfants et adolescents réunit des spécialistes des domaines suivants : psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, psychothérapie, soins en pédopsychiatrie, pédagogie sociale, ergothérapie, psychomotricité, art-thérapie, enseignement. Les psychiatres travaillent en étroite collaboration avec les autres médecins hospitaliers : pédiatres, gynécologues, spécialistes de médecine interne, chirurgiens, etc.
- *Continuité avant, pendant et après l'hospitalisation.*
Grâce à une combinaison fonctionnelle et organisationnelle et à une coordination entre, d'une part la pédopsychiatrie ambulatoire et d'autre part le service stationnaire pour adolescents (y compris le service de consultation – liaison) une continuité du traitement aussi large que possible est visée à proximité du domicile du patient adolescent.

La population concernée est essentiellement des adolescents souffrant de troubles psychiques dont l'âge se situe entre 12 et 18 ans. Le début de la puberté constitue le point de repère dans le bas de la fourchette. La durée de l'hospitalisation devrait être la plus courte possible, entre 30 et 60 jours en moyenne. L'objectif est de limiter autant que possible la durée du séjour, de viser à un prompt retour du patient dans sa famille, voire à son transfert dans une autre institution. Les critères d'admission établis sont :

- Psychoses.
- Etats proches d'une psychose.
- Intervention en cas de crise de suicidaire ainsi qu'en cas de crise d'adolescence importante.
- Symptômes dépressifs sévères.
- Troubles psychosomatiques sévères tels que les troubles de l'alimentation, les troubles anxieux.

➤ Phobie scolaire sévère.

Durant mes recherches, j'ai découvert également qu'il existait une association valaisanne d'entraide psychiatrique (AVEP), à Monthey. Cette association a été créée pour les personnes concernées par la maladie psychique ainsi que pour leur proche. Le Groupe Valaisan d'Entraide Psychiatrique propose une permanence d'accueil, des groupes de rencontre, des groupes de parole, des soirées thématiques, des sorties loisirs, des groupes informatique, etc.

4.2 Fonction et prise en charge éducative

4.2.1 La fonction éducative

J'ai pu constater grâce à mes diverses lectures que la profession d'éducateur social mais, aussi le rôle, la fonction qu'il occupe, sont difficiles à définir. Les nuances de terminologie sont d'autant plus significatives que l'éducateur social est amené à travailler avec des populations plus que diverses et dans différents contextes de travail.

« [...] L'éducateur social peut être défini comme le professionnel de l'aide à autrui, intervenant là où il y a de la marginalité, c'est-à-dire là où l'ordre social, familial, psychologique et/ou biologique se fracture, se rompt. Il s'agit donc de permettre à des personnes de se développer et de s'épanouir selon leurs possibilités, dans un environnement social lui-même en mouvement. En d'autres mots, l'éducateur social est un acteur social dont le rôle est de favoriser le développement des personnes en difficultés, de restaurer des échanges, de renouer des relations, [...] de créer les conditions d'une parole et de sa circulation »⁵⁶.

« [...] L'éducateur social a pour fonction de favoriser le développement de la personnalité et la maturation sociale des personnes en difficultés et ce, à travers diverses activités ou situations qu'il partage avec elles, soit au sein d'un établissement ou service, soit dans le cadre naturel de vie, et cela, par une action conjointe avec la personne et le milieu »⁵⁷.

L'institution est un « lieu de passage »⁵⁸ où l'adolescent vit, durant une période de son existence. La fonction éducative est ainsi d'aider, d'accompagner l'adolescent dans une phase particulière de son chemin de vie. La fonction éducative n'est pas seulement de poser des limites, d'instaurer des règles que l'adolescent doit respecter, de mettre un cadre et de veiller à la bonne tenue de celui-ci. Etre éducateur social, c'est être une sorte de « technicien des relations »⁵⁹.

Je me suis replongée dans mes expériences pratiques afin de répertorier dans une liste non-exhaustive les techniques ainsi que les outils dont dispose l'éducateur social, dans son travail quotidien :

A. Niveau professionnel

Le mandat

L'éducateur social doit composer avec sa hiérarchie (coordinateur d'équipe, directeur de l'institution, etc.). Il est donc soumis à un règlement interne, le cahier des charges, définissant

⁵⁶ WERY, A, JEZIERSKI, F. *Les éducateurs spécialisés*. Bruxelles : De Boeck-Wesmael s.a, 1989. 9-10 p.

⁵⁷ Ibid. 10 p.

⁵⁸ HAYEZ, J-Y. *L'institution résidentielle, médiateur thérapeutique*. Vigneux : Matrice, 1994. 73 p.

⁵⁹ Ibid. 94 p.

ses devoirs ainsi que ses droits. L'éducateur social doit se référer à son mandat, moyen qui lui permet notamment d'identifier le cadre de son intervention ainsi que les limites de celle-ci. Afin de travailler en adéquation avec l'institution, tout professionnel se doit de connaître l'organisation, le fonctionnement ainsi que les règles internes de celle-ci.

L'entourage professionnel

L'éducateur social en institution ne travaille en principe jamais seul. Il est entouré de ses collègues directes (l'équipe éducative dont, il fait partie), ainsi que de divers intervenants (assistants sociaux, animateurs socioculturels, maîtres socioprofessionnels, psychologues, thérapeutes, etc.). L'équipe éducative ainsi que l'équipe pluridisciplinaire jouent donc un important rôle dans le travail quotidien de l'éducateur social. Il est indispensable en tant qu'éducateur social de savoir déléguer à ses collègues une tâche, une intervention lorsque celle-ci devient trop lourde, trop pesante. De ce fait, la collaboration ainsi que l'entraide entre les divers intervenants d'une institution est indispensable.

B. Niveau personnel

La connaissance de sa propre personne

Le principal outil de l'éducateur social est lui-même. En effet, il travaille jour après jour avec ses connaissances, ses compétences, ses expériences mais aussi avec sa propre histoire de vie, son caractère. Il est donc essentiel qu'il se protège en étant à l'écoute de sa propre personne ce qui comprend notamment ses limites, ses besoins, ses attentes ainsi que ses ressources. Toutefois, je suis consciente que la connaissance de soi est un long chemin et que celle-ci s'acquiert certainement tout au long de la vie.

L'éducateur social doit, afin d'être et de rester le plus professionnel possible, acquérir des compétences propres à l'exercice de sa profession. Je me suis basée sur la liste créée par Andrée Wéry, agrégée en psychologie, définissant les qualités requises de l'éducateur social⁶⁰ :

- Pouvoir travailler en équipe.
- Etre capable d'agir dans des situations souvent complexes.
- Savoir prendre des points de vue divers.
- Pouvoir prendre de la distance vis-à-vis de sa spontanéité.
- Accepter d'être évalué par un tiers personne et savoir s'évaluer soi-même.
- Etre apte à communiquer avec autrui.
- Entrer dans un processus de formation continue.
- Faire preuve d'écoute, être capable d'accueillir l'autre.

C. Niveau pratique

Les concepts théoriques

Durant son processus de formation, l'éducateur social en devenir et amené à prendre connaissance de différentes théories et concepts sociaux qui lui serviront dans sa prise en charge quotidienne. L'éducateur social doit être capable de faire un lien entre ses apports théoriques et la pratique professionnelle, en appliquant les techniques et méthodes apprises. Il me paraît essentiel que l'éducateur social continue à enrichir ce bagage théorique, tout au long de son parcours professionnel, notamment grâce à des lectures variées.

⁶⁰ WERY, A, JEZIERSKI, F. *Les éducateurs spécialisés*. Bruxelles : De Boeck-Wesmael s.a, 1989.

Les techniques de communication

« La communication peut être définie comme un mode de relation qui vise, par la persuasion, à modifier les dispositions mentales d'autrui et, éventuellement, à l'inciter à adopter un comportement, réaliser une action ou s'abstenir d'agir »⁶¹.

La communication est un outil indispensable à l'éducateur social lui permettant notamment d'initier et de développer une relation professionnelle. L'éducateur social dispose de multiples moyens tels que le colloque d'équipe ou général (les divers intervenants de l'institution y participent), la supervision individuelle ou de groupe afin de partager ses difficultés, son ressenti, ses appréhensions face au travail quotidien. Ces discussions peuvent permettre à l'éducateur social de mettre des mots sur ses difficultés et peut être à quelque part de se décharger, de se libérer. Il existe diverses techniques de communication dont l'éducateur social peut se servir, au quotidien :

- *La reformulation* est une technique utilisée afin d'aider son interlocuteur à trouver par lui-même des solutions à ses difficultés. Le but étant de poser des questions afin que la personne trouve ses propres réponses.
- *La synchronisation* aussi nommé « mimétisme comportemental »⁶² est l'action d'adopter une attitude qui reflète le comportement de son interlocuteur.
- *Le feedback* est un « retour d'informations »⁶³ que le récepteur fait à l'émetteur, sur les comportements qu'il a observé chez celui-ci.

Afin de développer une relation professionnelle, que cela soit avec les collègues ou les bénéficiaires, il est essentiel d'adopter un vocabulaire spécialisé tout en s'accordant aux capacités d'expression et de compréhension de l'interlocuteur.

Les techniques d'observation

J'ai relevé la définition du verbe « observer » mise en lumière par Roger Mucchielli, licencié en philosophie, possédant également un doctorat en médecine, en sociologie et notamment en psychologie : « observer c'est décoder, c'est-à-dire nommer les phénomènes, formuler l'effet particulier constaté, ranger automatiquement la donnée d'observation dans une catégorie »⁶⁴.

L'observation est un aspect quotidien du travail d'éducateur social. De ce fait, il est primordial de connaître les lois de l'observation ainsi que les biais de celle-ci. Les différents supports d'observation tels que la grille d'observation, le journal de bord, le cahier de communication sont des moyens efficaces afin d'identifier et d'analyser diverses situations et processus sociaux. Il est aussi essentiel de posséder de bonnes capacités d'expression écrite, mais également de synthétisation et de prise de notes. Rester objectif n'est pas chose simple car toute observation comporte une part de subjectivité. Il est donc fondamental pour l'éducateur social de faire preuve de la plus grande objectivité possible.

Les activités pratiques

L'éducateur social est souvent amené à devoir organiser et réaliser des activités individuelles ou de groupe. Cela peut notamment être des activités manuelles comme le bricolage ou la poterie, sportives telles que le football et le volleyball etc. Afin qu'une activité soit réussie, il

⁶¹ GRAU, C. *Techniques d'intervention*. Sierre : Haute Ecole Spécialisée de Suisse occidentale. Documents donnés dans le cadre du module C4 : « Relation à l'autre, individuelle et collective, rapport à soi », 2007. 7 p.

⁶² Ibid. 43 p.

⁶³ Ibid. 57 p.

⁶⁴ SCHWARZEN, N. *L'observation*. Sierre : Haute Ecole Spécialisée de Suisse occidentale. Documents reçus dans le cadre du module A2 : « Travail social et action professionnelle », 2007. 2 p.

faut qu'elle soit pensée et préparée. C'est pourquoi les techniques de planification, de gestion et d'organisation sont nécessaires à la préparation. L'éducateur social doit faire preuve d'imagination et de créativité. Il doit anticiper les événements et savoir s'adapter aux imprévus.

En résumé, l'éducateur social est confronté à diverses difficultés qui ne sont pas simples à affronter quotidiennement. C'est notamment une profession qui demande un grand investissement de sa propre personne ce qui comporte des risques. L'éducateur social peut aussi se retrouver limité dans son intervention car il ne possède pas les connaissances voire les compétences requises afin de prendre en charge un usager. Pour ce qui concerne notamment la prise en charge des adolescents ayant des troubles psychiques, il est nécessaire, selon moi, que l'éducateur social ait suivi une formation concernant le processus d'adolescence ainsi que les troubles psychiques afin que son intervention soit des plus professionnelles.

A maintes reprises, j'ai pu constater grâce à mes expériences professionnelles qu'être éducateur c'est aussi parfois devenir : l'infirmier, le policier, l'orienteur professionnel, le technicien de surface, le concierge, le cuisinier, l'artiste, l'esthéticienne, le styliste, l'enseignant, l'informaticien. C'est tant de choses à la fois.

4.2.2 La prise en charge éducative des adolescents souffrant de troubles psychiques

La prise en charge éducative correspond au travail effectué avec les bénéficiaires de l'action sociale qui sont, dans le cas échéant, les adolescents. Cela signifie accompagner des adolescents au niveau des tâches de la vie quotidienne. Mais, la prise en charge éducative ne se résume pas seulement à cela. Il y a également toute la dimension relationnelle, affective qui joue un rôle primordial. La relation qui se construit entre l'éducateur social et l'adolescent représente un point central de la prise en charge éducative.

« [...] La position de l'éducateur social consiste moins à être vis-à-vis de l'adolescent, un guide, que celui qui l'accompagne, le soutient, l'encourage dans sa demande. Il le pousse, mais à peine, il ne fait pas à sa place, mais il parle avec l'adolescent de ce qu'il fait, de ses échecs, de ses réussites, des écueils qu'il lui faudra franchir »⁶⁵.

Je me suis référée à mes deux périodes de formation pratique avec des adolescents afin d'illustrer concrètement en quoi consistait ma prise en charge éducative⁶⁶ :

Prise en charge journalière

- 06.00-07.00 Lever des jeunes
Préparation du petit déjeuner et de la table
- 07.00-07.30 Déjeuner
- 07.30-08.15 Intendance (rangement et nettoyage de la cuisine)
Préparation des jeunes pour l'école et/ou les stages professionnels (soins, hygiène et préparation des affaires)

⁶⁵ ROQUEORT, D. *Le rôle de l'éducateur : éducation et psychanalyse*. Paris : L'Harmattan, 1995. 97 p.

⁶⁶ J'ai effectué mes deux périodes de formation pratique au Kinderdorf-Leuk. Cette institution accueille des adolescents ayant des difficultés scolaires importantes mais aussi, sociales et familiales. Ma première expérience pratique s'est déroulée auprès d'adolescents dont l'âge était de onze à quatorze ans. Lors du second stage, les adolescents que je côtoyais avaient entre seize et vingt ans.

- 08.15-12.00 Ecole/stages professionnels
Tâches administratives/colloque d'équipe ou institutionnel pour l'éducateur social
- 12.00 Accueil des jeunes sur le groupe de vie
- 12.10-13.00 Dîner
Intendance (rangement et nettoyage de la cuisine)
- 13.00-13.15 Temps de détente
Préparation des jeunes pour l'école et/ou les stages professionnels (soins, hygiène et préparation des affaires)
- 13.15-16.45 Ecole/stages professionnels
Tâches administratives/colloque d'équipe ou institutionnel pour l'éducateur social
- 16.45 Accueil des jeunes sur le groupe de vie
- 16.45-18.30 Goûter
Devoirs et leçons
Tâches ménagères (nettoyage des locaux communs et des chambres à coucher)
Loisirs et activités individuelles ou de groupe (sorties)
- 18.30-19.30 Préparation de la table et du repas
- 19.30-20.00 Souper
- 20.00-20.30 Intendance (rangement et nettoyage de la cuisine)
- 20.30-22.00 Douches et soins
Loisirs et activités individuelles ou de groupe (sorties)
Appels aux familles
- 22.00-22.30 Coucher des jeunes
Remplir les observations concernant les adolescents, si cela est nécessaire
- 22.30-06.00 Veille passive de l'éducateur social

Comme on peut le constater si dessus, la prise en charge peut être d'ordre individuel comme par exemple au moment du lever des jeunes. Mais, cela peut également être une prise en charge de groupe durant les repas ou les activités.

Afin de poursuivre ma recherche, il m'a semblé important de définir la notion de « besoin ». Lors de mes recherches documentaires, j'ai pu constater que de nombreux auteurs tels que Virginia Henderson, se sont penchés sur ce thème. Le plus célèbre⁶⁷ d'entre eux est probablement Abraham Maslow, psychologue américain qui fut l'une des principales références de la psychologie humaniste et transpersonnelle. Abraham Maslow a proposé une hiérarchisation des besoins fondamentaux, classés selon leur appartenance aux besoins primaires ou aux besoins supérieurs, qui sont⁶⁸ :

⁶⁷ Je me suis permise ce jugement de valeur car la hiérarchisation des besoins d'Abraham Maslow est la seule théorie des besoins qui a été présentée par différents professeurs, dans le cadre de mon processus de formation.

⁶⁸ MASLOW, A. *Devenir le meilleur de soi-même : besoins fondamentaux, motivation et personnalité*. Paris : Eyrolles, 2008.

- Les besoins physiologiques.
- Les besoins de sécurité.
- Les besoins d'appartenance et d'amour.
- Les besoins d'estime.
- Le besoin d'accomplissement de soi.

Etant donné que je m'intéresse plus particulièrement aux besoins spécifiques que peut avoir un adolescent, il m'a paru judicieux de me référer aux écrits de Michel Fize, sociologue français ayant rédigé plusieurs livres sur le thème de l'adolescence.

Théorie de Michel Fize concernant les sept besoins capitaux de l'adolescent afin de se développer le plus harmonieusement possible⁶⁹ :

- *La confiance (estime de soi)* : l'adolescent a besoin de savoir qu'on a confiance en lui.
- *Le dialogue (désaccord)* : il a besoin de dialoguer, d'exprimer ce qu'il ressent.
- *La sécurité (repères et références)* : l'adolescent doit savoir que ses parents sont suffisamment « solides ». Cela passe notamment par les sanctions et les limites.
- *L'autonomie ≠ indépendance (essai-erreur)* : il fait ses propres choix mais, il doit posséder la capacité de se mettre en situation de dépendance en cas de besoin.
- *La responsabilité (s'assumer)* : il a besoin de se sentir responsable, d'assumer ses actes.
- *L'affection (aimer ainsi qu'être aimé)* : l'adolescent doit ressentir de l'amour, avoir de l'affection au sein de sa famille notamment.
- *L'espoir (croire en l'avenir)* : il a besoin d'avoir l'espoir de réussir à donner un sens réel, concret à sa vie.

Afin de conclure, je voudrais m'arrêter sur les aspects qui différencient la prise en charge d'un adolescent dit « normal » ou vivant un processus d'adolescence dit « ordinaire » à un adolescent souffrant de troubles psychiques. La différence majeure se trouve selon moi dans les procédés qui sont mis en œuvre au sein de la prise en charge de l'adolescent. Je pense que lorsqu'un adolescent souffre de troubles psychiques, il y a toute une dimension thérapeutique comprenant, les traitements médicamenteux et psychothérapeutiques, ainsi que la prise en charge éducative. J'ai pu constater cela lorsque je me suis rendue au centre valaisan de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, à Sierre. J'illustre à nouveau mes propos avec les explications de Mme Jeannette Schwery concernant les modèles, les approches sur lesquels s'axe la prise en charge des adolescents hospitalisés dans cette unité :

« La prise en charge mise en place est axée sur les soins, cela signifie qu'il y a une étroite conjonction entre l'aspect soignant et éducatif. En général, l'approche thérapeutique est de type systémique, il y a un énorme travail effectué en partenariat avec la famille et il est également indispensable que l'adolescent participe activement à cette démarche. Il est important de préciser qu'il n'est pas toujours possible, ou du moins pas dès le commencement de la thérapie, de collaborer avec la famille. Cela dépend notamment de la situation, de la problématique de l'adolescent »⁷⁰.

⁶⁹ FIZE, M. *L'adolescent est une personne*. Paris : Seuil, 2006.

⁷⁰ SCHWERY, J. *Entretien exploratoire : retranscription*, 2009. 3 p.

4.2.3 La collaboration interdisciplinaire⁷¹

Il y a un enjeu très important lié à la prise en charge d'adolescents souffrant de troubles psychiques : la collaboration interdisciplinaire. En effet, diverses professions telles qu'infirmier en psychiatrie, éducateur social, psychothérapeute, psychologue, pédopsychiatre voire même animateur socioculturel, ergothérapeute, art-thérapeute sont tenues de collaborer entre elles.

« Le travail pluridisciplinaire peut se décrire comme un processus visant à identifier les problèmes, à les interpréter de manière pertinente et à développer – dans des contextes pratiques – des stratégies propres à les résoudre. [...] Le principal intérêt de la pluridisciplinarité est la forme de travail qu'elle impose. Elle met en relation des acteurs de divers horizons scientifiques et pratiques en vue de l'analyse et de la solution d'un problème. Il s'agit de créer un tissu de communication et d'interaction entre toutes les personnes directement ou indirectement concernées par le problème »⁷².

« [...] Le travail en équipe apparaît vite indispensable, dès que les troubles de l'adolescent prennent une certaine ampleur et retentissent de façon importante sur les relations familiales ou sociales. En particulier, la pluridisciplinarité est de mise lorsqu'il y a nécessité d'une prescription médicamenteuse ou d'une intervention dans la réalité de l'existence de l'adolescent [...] »⁷³.

J'ai tenté de rassembler différentes définitions de la notion de collaboration interdisciplinaire afin de pouvoir en saisir précisément le sens :

Guy Palmade, professeur à l'Université de Lausanne, a défini dans l'ouvrage, *interdisciplinarité et idéologies*, le terme « interdisciplinaire » :

« Peut être dit interdisciplinaire, l'interaction entre deux ou plusieurs disciplines. Mais cette interaction est hétérogène car selon les travaux, elle peut aller de l'échange d'idées, jusqu'à l'intégration mutuelle des concepts directeurs, de l'épistémologie, de la méthodologie, des données, des procédures, ou même encore des modalités de formation »⁷⁴.

Directrice de la Haute école de travail social et de la santé à Lausanne, Paola Richard-de Paolis commente : « [...] Le propre de la collaboration interdisciplinaire ne nous semble pas être une *somme* d'actions individuelles, mais un *produit* synergique de compétences différentes »⁷⁵.

J'ai pu, tout au long de mon processus de formation, me rendre compte de l'important rôle que joue la collaboration interdisciplinaire dans le domaine du travail social. En effet, ce thème a été, à plusieurs reprises, abordé dans les divers modules que j'ai suivis. Mais, c'est surtout grâce à mes diverses expériences pratiques que j'ai réellement eu l'opportunité d'en comprendre le sens et également de mesurer les difficultés qui en découlent. Je me suis

⁷¹ Je me suis inspirée, afin de rédiger ce chapitre, de l'ouvrage suivant : GOTTRAUX, M. [et al.]. *Collaborations dans les professions sociales*. Lausanne : EESP, 1990.

⁷² Ibid, 83-84 et 88 p.

⁷³ JEAMMET, P. BOCHEREAU, D. *La souffrance des adolescents : quand les troubles s'aggravent : signaux d'alerte et prise en charge*. Paris : La Découverte, 2007. 157 p.

⁷⁴ GOTTRAUX, M. [et al.]. *Collaborations dans les professions sociales*. Lausanne : EESP, 1990. 101 p.

⁷⁵ Ibid. 25 p.

rapidement rendue compte que sans collaboration interdisciplinaire, la prise en charge éducative devient difficilement possible ou du moins incomplète.

Selon moi, il ne faut pas perdre de vue que la collaboration interdisciplinaire n'est pas un concept simple à appliquer sur le terrain. De ce fait, il me paraît indispensable que chaque situation soit scrupuleusement analysée, afin de pouvoir déterminer clairement avec quels professionnels, il serait important de collaborer. Ceci, afin d'éviter de se retrouver confronté à des situations où la collaboration entre les divers intervenants devient difficile voire même impossible à gérer. C'est pourquoi, je pense que la collaboration interdisciplinaire est un outil plus que précieux dans le travail social mais, seulement lorsqu'il est utilisé à bon escient. Il est nécessaire que les rôles et les fonctions mais, également les limites de l'intervention professionnelle de chaque individu soient clairs et distincts, afin notamment d'éviter que les différents acteurs participant à cette démarche, ne se livrent à une véritable lutte de pouvoir.

Afin d'illustrer mes dires, j'ai repris la théorie proposée par Karl Weber qui relève quatre différents types de conflits pouvant survenir au cours d'une démarche de collaboration interdisciplinaire⁷⁶:

- Divergence dans les styles cognitifs.
- Divergence dans le pouvoir et le prestige.
- Divergence des approches spécifiques à chacun des deux sexes.
- Divergence entre la théorie et la pratique.

Selon Karl Weber, professeur et directeur du bureau de coordination pour la formation continue à l'Université de Berne, ces différents types de conflits s'interpénètrent et se chevauchent perpétuellement. Mais, il est fort possible que cet enchevêtrement de perspectives diverses soit la condition même de l'obtention d'un résultat.

Suite à cela, il m'a paru intéressant de développer les aspects qui peuvent être des obstacles à la collaboration interdisciplinaire. Je me suis à nouveau inspirée de ma pratique professionnelle afin de créer une sorte d'inventaire concis de ces différents biais :

- La confusion des rôles, des fonctions, des statuts et des mandats.
- Des incompréhensions concernant la situation du bénéficiaire de l'action sociale.
- Un manque d'investissement professionnel, de motivation.
- Des difficultés de communication.
- Des méthodes de transmission d'informations inadéquates.
- Un manque de temps.
- Une surcharge de travail.
- Des moyens financiers insuffisants.

A travers le thème de la collaboration interdisciplinaire, j'aimerais également aborder celui de la collaboration entre institutions sociales. En effet, les institutions sociales sont également amenées, dans diverses situations, à collaborer entre elles. J'ai repris deux exemples issus de mes expériences professionnelles afin d'illustrer mes propos :

- Cela peut être lorsqu'un adolescent termine son processus institutionnel. Cette situation se présente par exemple quand l'âge de l'adolescent ne correspond plus aux critères établis par l'institution.
- La problématique même de l'adolescent peut également être en cause. Je pense notamment lorsque les interventions éducatives misent en place au sein de l'institution ne répondent pas ou plus aux besoins de l'adolescent. Cela peut être lorsqu'un

⁷⁶ Ibid. 84 p.

adolescent souffrant de troubles psychiques est placé dans une institution qui n'a pas les ressources requises pour faire face à cette problématique.

Dans ce genre de situation, lorsque le retour dans le milieu familial n'est pas envisageable, il est essentiel que l'adolescent puisse être pris en charge dans un second établissement qui soit en mesure de répondre à ses besoins actuels. De ce fait, la collaboration entre les institutions devient indispensable afin d'assurer un équilibre, une stabilité à l'adolescent. Cette collaboration passe, selon moi, avant tout par la transmission d'informations importantes, relatives à l'adolescent en question (anamnèse). Ces éléments peuvent notamment orienter les professionnels sur la prise en charge qu'ils devront mettre en place.

5. Méthodologie

Ce chapitre traite de la méthode que j'ai sélectionnée afin de mener à bien mon Travail de Bachelor. J'ai entrepris une recherche principalement qualitative, de type exploratoire descriptive qui repose essentiellement sur une enquête de terrain menée à l'aide d'entretiens avec des éducateurs sociaux.

Dans le cadre de mon projet de Bachelor, il m'a semblé important d'effectuer déjà deux entretiens exploratoires afin de me familiariser avec cette technique de collecte de données mais, avant tout, pour vérifier, approfondir voire même explorer certains concepts.

Le premier entretien s'est déroulé au centre valaisan de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, avec Madame Jeannette Schwery, infirmière cheffe de ce service. Cette rencontre m'a permis de découvrir le type de population qui y est accueilli ainsi que le fonctionnement général de cette structure. Grâce aux diverses informations recueillies, j'ai pu orienter et préciser mes concepts théoriques traitant du processus d'adolescence et des troubles psychiques qui peuvent y survenir.

Lors de la seconde interview, je me suis entretenue avec Monsieur Emmanuel Solioz, professeur à la Haute Ecole Spécialisée de Suisse occidentale. Durant mon processus de formation, j'ai eu l'opportunité de participer au Module E8-2 « Approche bio-psycho-sociale des troubles et entraves du développement », dispensé par Monsieur Solioz. De ce fait, il m'a paru judicieux de le solliciter afin d'obtenir des compléments d'informations sur la thématique des troubles psychiques.

Ci-dessous, je décris le terrain d'enquête dans lequel je me suis immergée ainsi que l'échantillon de recherche interviewé puis, la technique de recueil d'informations adoptée.

5.1 Terrain d'enquête

Dans un premier temps, j'ai sélectionné treize institutions valaisannes accueillant des adolescents dont l'âge se situe entre 12 et 18 ans. Afin que mes données soient des plus exhaustives, j'ai tenu à ce que ces structures se trouvent autant dans le Bas-Valais, que le Valais central et le Haut-Valais.

La prise de contact s'est effectuée par le biais du service de direction de ces établissements. Je leur ai donc fait parvenir par mail, une lettre officielle qui explicitait le cadre ainsi que les objectifs de ma recherche (cf. Annexe A, page 1). Je me suis rapidement rendue compte que cela n'allait de loin pas être facile d'obtenir les autorisations nécessaires afin de m'entretenir avec les éducateurs sociaux exerçant au sein de ces institutions. En effet, malgré de nombreuses relances, quatre institutions ne m'ont jamais rendu réponse et j'ai également essuyé deux refus catégoriques. Les deux directions qui n'ont pas accédé à ma requête, m'ont fourni les explications suivantes :

- Surabondance de demandes d'entretien dans le cadre de Travaux de Bachelor, provenant de la Haute Ecole Spécialisée de Suisse occidentale.
- Manque de temps des éducateurs sociaux sollicités.
- Aucune expérience au sein de ces institutions. Cela signifie que je n'ai effectué aucune de mes périodes de formation pratique au sein de ces structures.

Les institutions qui ont répondu positivement à ma demande d'entretien sont les suivantes :

- L'Institut Don Bosco à Sion.
- Le Kinderdorf St-Antonius à Leuk.
- Le Centre valaisan de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (CVPEA) à Sierre. Afin d'obtenir l'autorisation de m'entretenir avec le personnel de ce centre, il m'a également fallu adresser une demande officielle à Madame Jenzer Bürcher Regula, directrice du Réseau Santé Valais (RSV) ainsi qu'à Madame Vazquez Edith, directrice des Institutions Psychiatriques du Valais romand (IPVR).
- Le Centre médico-éducatif (La Castalie) à Monthey.
- L'action éducative en milieu ouvert (AEMO) à Monthey.
- Le Centre ORIF à Pont-de-la-Morge.
- L'Institut Saint-Raphaël à Champlan.

5.2 Echantillon ou choix de la population de recherche

Suite à la prise de contact initiale avec les directions ayant répondu favorablement à ma demande, j'ai précisé le cadre des futurs entretiens, aux professionnels sélectionnés, lors d'un premier contact téléphonique. Les dates des rencontres ont alors été fixées ainsi que toutes les modalités en lien avec celles-ci (lieu, moyen auxiliaire, durée, attentes, objectifs).

J'avais préalablement établi quelques caractéristiques spécifiques qui m'ont aidé à désigner les travailleurs sociaux sujets à être interviewés :

- Avoir obtenu un diplôme en Education Sociale ou Spécialisée.
- Travailler avec des personnes adolescentes ayant entre 12 et 18 ans.
- Jouir d'un statut d'éducateur social auprès de l'institution employeuse.

L'échantillon de ma recherche est ainsi composé de sept individus, deux éducatrices sociales et cinq éducateurs sociaux.

5.3 Personnes ressources

Tout au long de ma recherche, il m'a été indispensable de mobiliser certaines ressources environnementales. Je me suis entourée de personnes ressources qui m'ont aidées à avancer dans ma réflexion :

- Madame Schwery Jeannette, infirmière cheffe du centre valaisan de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (apports attendus : informations concernant notamment le fonctionnement de la structure).
- Madame Mahi Chantal, infirmière en psychiatrie du centre valaisan de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (apports attendus : informations d'ordre général concernant les adolescents hospitalisés).
- Madame Borgeat Josiane, directrice d'une maison d'accueil ainsi que superviseuse dans le domaine de l'action sociale et psychosociale (apports attendus : informations concernant le domaine éducatif).

- Madame Cheseaux Anne, psychologue FSP/ASPCo⁷⁷ (apports attendus : lecture et corrections du cadre théorique de ma recherche).
- Monsieur Solioz Emmanuel, professeur à la Haute Ecole Spécialisée de Suisse occidentale (apports attendus : informations concernant la thématique des troubles psychiques ainsi que celles du développement de la personne humaine en lien avec le processus d'adolescence).
- Madame Pham Patricia, professeure à la Haute Ecole Spécialisée de Suisse occidentale ainsi que ma directrice de Travail de Bachelor.

5.4 Techniques et méthodes de collecte des données

Tout d'abord, il y a différents types de documents qui constituent mon corpus documentaire :

- Ouvrages traitant de la psychiatrie, de l'éducation, de l'institutionnalisation.
- Supports de cours concernant le processus d'adolescence ainsi que les troubles et les entraves du développement.
- Documents audiovisuels retraçant différentes histoires de vie.
- Travaux de Bachelor en lien avec ma thématique.
- Documents internes décrivant le centre valaisan de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent.

L'outil principal qui m'a servi à collecter les données est l'entretien semi-dirigé de type compréhensif. Cette technique m'a donné l'opportunité de reconstruire de manière régulière et cohérente des fragments de savoir, de vécu, de ressenti, propre à chaque personne interviewée. Les professionnels ont donc répondu à différentes questions ouvertes. Ce type de questions a permis à mes interlocuteurs de conserver, entre autre, une certaine part de liberté dans leur discours.

5.4.1 Support d'entretien : grille d'entretien

La phase de préparation et de construction du support d'entretien a été capitale. Mon support d'entretien est composé d'une grille d'entretien (cf. Annexe B). Cette grille présente tout d'abord les données personnelles des personnes interviewées telles que :

- Formation(s) professionnelle(s) :
- Expérience(s) professionnelle(s) :
- Lieu de travail (type de population du groupe éducatif, nombre d'années) :

Ainsi que des informations correspondant au cadre général de l'entretien, c'est-à-dire :

- Date :
- Lieu :
- Durée :
- Moyen auxiliaire :
- Déroulement :
- Ambiance :
- Emotion(s) :

Ensuite, j'ai construit une grille d'entretien composée de questions principales, ainsi que de questions spécifiques (relances) qui me servaient avant tout à préciser le sujet abordé avec

⁷⁷ FSP : Fédération Suisse des Psychologues / ASPCo : Association Suisse de Psychothérapie Cognitive

mes interlocuteurs. Au préalable, j'avais établi quatre thèmes sur lesquels les entretiens allaient reposer.

- Le premier thème traite de : la souffrance des adolescents.
- Le deuxième thème traite : des besoins des adolescents.
- Le troisième thème traite de : la démarche thérapeutique sous l'angle éducatif.
- Le quatrième thème traite de : la collaboration interdisciplinaire.

Chaque thème abordé correspond à un élément du cadre théorique qui a été développé dans le quatrième chapitre de ce Travail de Bachelor.

Ce guide d'entretien a été pour moi une sorte de « garde-fou » afin d'éviter que le discours ne soit complètement hors des thèmes que je souhaitais aborder avec les professionnels. Ce précieux outil m'a notamment permis de pouvoir m'ajuster tout au long des entretiens et cela m'a apporté une certaine sécurité. Pour moi, cela prouvait également le sérieux de mon investissement dans cette démarche, que d'avoir antérieurement, effectué un certain travail de préparation. Cependant, cela m'a donné parfois l'impression d'instaurer un cadre trop rigide aux entretiens, de perdre quelque part en authenticité.

5.4.2 Déroulement des entretiens

J'ai choisi de mener les sept entretiens sur une période relativement courte, soit sur un mois car il me paraissait important de rester dans la même dynamique de travail. La plupart de ces entrevues se sont déroulées sur le lieu de travail des personnes répondantes. Il y a eu deux exceptions : un entretien a eu lieu dans un café de la ville de Monthey, tandis qu'un autre à mon domicile, pour des raisons purement pratiques. La durée d'une rencontre variait approximativement entre trente et soixante minutes cela dépendait uniquement de mon interlocuteur car je n'avais pas défini de critères temporels précis.

Avant chaque entretien, j'ai soumis aux personnes interviewées un formulaire officiel de consentement garantissant l'anonymat de la personne ainsi que la véracité des données recueillies (cf. Annexe A, page 2). Après avoir mené ces sept entretiens, avec comme moyen auxiliaire un dictaphone, je les ai entièrement retranscrits afin d'obtenir une vision globale et authentique des réponses obtenues ainsi que pour ne pas biaiser l'analyse des données (cf. Annexe C). Pour clore chaque entretien, j'ai proposé aux personnes participantes de s'exprimer librement afin qu'elles puissent ajouter un apport à leur récit, si elles en ressentaient le besoin.

J'ai appréhendé cette phase de collecte des données, car ce n'était pas la première fois, durant ma formation, que j'étais amenée à conduire des entretiens. C'est pourquoi, j'avais conscience du fait que je pouvais être confrontée à quelques situations délicates telles que : problèmes techniques avec le moyen auxiliaire (dictaphone), silences prolongés dans le discours où impossibilité de relancer le débat, perte du fil conducteur de l'entretien, arrêt inopiné de l'entretien. Par chance, je n'ai rencontré aucune difficulté majeure. En effet, tous les entretiens se sont très bien déroulés.

5.4.3 Enjeux éthiques et limites liés à l'objet et au recueil des données

Le principal enjeu éthique de ma recherche est lié à la notion de consentement individuel. Il est primordial que les professionnels participant à l'enquête donnent librement leur accord, ce qui signifie en conséquence, qu'ils peuvent en tout temps, choisir d'interrompre leur participation. De ce fait, il me convient d'assumer ces obligations éthiques à l'égard de ces personnes. Le respect de la dignité humaine fait intervenir les principes du respect de la vie privée et du respect des renseignements personnels. C'est pourquoi, il est indispensable de garantir l'anonymisation des données ainsi que la confidentialité de celles-ci.

L'objectivité est également un aspect fondamental de toute recherche. Il faut ne pas perdre de vue que toute démarche comprend une certaine part de subjectivité, il est donc primordial de rester attentif aux différents biais que peut comporter une posture de recherche. Les biais de l'entretien peuvent notamment être⁷⁸ :

- Le temps.
- La représentation de l'interviewé.
- Les caractéristiques physiques.
- L'expression verbale et non-verbale.
- Les capacités mnésiques.
- L'importance du thème.
- Les connaissances du thème.
- La motivation du sujet.

6. Analyse des données

Dans cette partie de mon Travail de Bachelor, j'ai entrepris d'analyser les données obtenues grâce au travail de terrain. Le but de cette démarche étant d'étayer ma question de recherche formulée de la sorte :

« Comment diriger la prise en charge éducative, dans le cadre de la démarche thérapeutique institutionnelle mise en œuvre, pour répondre aux besoins des adolescents souffrant de troubles psychiques ? ».

En parcourant les témoignages des professionnels, je me suis aperçue que j'avais recueilli une grande quantité d'informations, dont certaines, bien qu'enrichissantes, ne correspondaient malheureusement pas à ma thématique. Il m'a donc semblé utile d'effectuer une sélection des données récoltées. Pour ce faire, j'ai créé une grille de dépouillement des données qui m'a permis de procéder à l'analyse de celles-ci (cf. Annexe D). Pour construire ce support, j'ai retranscrit intégralement les sept entretiens effectués. Suite à cela, j'ai repris chaque retranscription afin de les dépouiller et ainsi de garder les éléments du discours qui correspondaient au contexte de ma recherche (cf. Chapitre 3).

⁷⁸ Ibid. 2 p.

6.1 Données personnelles des professionnels interviewés

Dans cette première partie de l'analyse, j'ai répertorié, sous forme de tableau, les caractéristiques de l'échantillon de recherche sélectionné ainsi que les informations générales relatives au cadre des entretiens.

Données personnelles	Entretien 1	Entretien 2	Entretien 3	Entretien 4	Entretien 5	Entretien 6	Entretien 7
Formation sociale Professionnelle	Diplôme HES d'éducatrice sociale	Diplôme HES d'éducateur social	Diplôme HES d'éducateur social	Diplôme HES d'éducateur social	Diplôme HES d'éducateur spécialisé	Diplôme HES d'éducateur social	Bachelor en Travail Social
Lieu de travail et nombre d'années	Institut Don Bosco (4 ans)	Kinderdorf (10 ans)	CVPEA (3ans)	La Castalie (4 ans)	AEMO (17 ans)	Centre ORIF (3 ans)	Institut St-Raphaël (2 ans)
Type de population	Groupe d'une quarantaine de jeunes de 10 à 17 ans ayant des difficultés scolaires	Groupe de neuf jeunes de 16 à 18 ans ayant des difficultés scolaires	Groupe de dix jeunes de 12 à 18 ans souffrant de troubles psychiques	Groupe de vingt jeunes de 13 à 17 ans ayant des difficultés d'apprentissage et/ou des troubles du comportement et/ou des troubles relationnels	Adolescents de 14 à 20 ans, placement pénal	Groupe de neuf jeunes de 15 à 20 ans, bénéficiaires d'une Assurance Invalidité	Groupe de dix jeunes de 14 à 18 ans, placement pénal, civil et social

L'analyse de ce tableau m'a permis de présenter les statistiques suivantes :

- Sur 7 professionnels interrogés, 5 sont de genre masculin et 2 de genre féminin.
- L'âge moyen des éducateurs sociaux interviewés est d'environ 34 ans.
- Le nombre moyen d'années de travail consécutif dans les établissements est approximativement de 6 ans.
- Le nombre moyen de jeunes par groupe éducatif est d'environ 16 jeunes.

Cadre général des entretiens	Entretien 1	Entretien 2	Entretien 3	Entretien 4	Entretien 5	Entretien 6	Entretien 7
Date	11.02.10	17.02.10	18.02.10	22.02.10	22.02.10	22.02.10	11.03.10
Lieu	Institut Don Bosco	Kinderdorf	CVPEA	Castalie	Un café	Centre ORIF	Mon domicile
Durée	45 minutes	40 minutes	55 minutes	60 minutes	50 minutes	30 minutes	35 minutes
Moyen auxiliaire	Dictaphone	Dictaphone	Dictaphone	Dictaphone	Dictaphone	Dictaphone	Dictaphone
Déroulement	Positif	Positif	Positif	Positif	Positif	Positif	Positif
Ambiance	Cordiale	Amicale	Détendue	Amicale	Authentique	Conviviale	Détendue
Emotion(s)	Nervosité et enthousiasme	Engouement et compréhension	Appréhension et enthousiasme	Sympathie et compréhension	Stress et admiration	Détermination et soulagement	Complicité et compréhension

L'interprétation de ce tableau m'a donné la possibilité de mettre en évidence les chiffres suivants :

- Sur 7 entretiens, 5 ont été effectués sur le lieu de travail des personnes interviewées tandis que 2 se sont déroulés à l'extérieur de celui-ci.
- La durée moyenne d'un entretien est de 45 minutes.
- Tous les entretiens ont été enregistrés à l'aide d'un dictaphone.
- Les sept rencontres se sont déroulées de manière positive.

6.2 Analyse des données qualitatives et quantitatives

Dans cette seconde partie, j'ai analysé le contenu des données recueillies au cours des entretiens avec les professionnels. J'ai choisi de présenter cette analyse par thématique car il me paraissait important de mettre en lumière l'ensemble des propos des éducateurs sociaux interviewés afin notamment de conserver la richesse de leurs discours. Chaque thème abordé ci-dessous correspond à un élément du cadre théorique qui a été développé dans le quatrième chapitre de ce Travail de Bachelor.

L'analyse de contenu est réalisée sous deux formes, à savoir :

- En texte suivi pour les données d'ordre qualitatif.
- Par un tableau et/ou un graphique pour mettre en évidence les informations de type quantitatif.

Le but de cette démarche étant la mise en relation des données entre elles ainsi qu'avec les concepts théoriques précédemment définis.

6.2.1 La souffrance des adolescents

Manifestation(s) de la souffrance

1. Sous quelle(s) forme(s) se manifeste la souffrance des adolescents ayant des troubles psychiques ?						
Entretien 1	Entretien 2	Entretien 3	Entretien 4	Entretien 5	Entretien 6	Entretien 7
-Crises incontrôlables -Troubles du comportement	-Manque de structure - Grand manque de confiance en soi et de confiance aussi vis-à-vis de l'autre -Peurs -Sentiment d'incompréhension -Comportements phobiques -Tics	-Dépression -Déprime -Isolement -Solitude -Violence envers les autres et envers soi-même -Sentiment d'exclusion et d'incompréhension de son état -Angoisses -Tentamen -Phobie scolaire -Troubles alimentaires plutôt de type anorexique -Difficultés familiales -Conflits relationnels	-Troubles du comportement -Agressivité principalement verbale, envers les pairs et un petit peu envers les éducateurs ou les éducatrices -Problèmes de comportement physique	-Problèmes de comportement -Attitudes de distance affective et relationnelle -Consommation assez effrénée voire dangereuse -Eloignement de la vie sociale -Désintérêt et démotivation professionnelle -Manque d'intérêt aussi en ce qui concerne le sport -Retrait du monde	-Problèmes cognitifs -Difficultés à évoluer en groupe -Difficultés à comprendre le but de leur placement ainsi que les objectifs fixés -Déconnection de la réalité -Difficultés comportementales -Traits autistiques -Manque de cohérence	-Crises d'angoisse -Etats dépressifs -Baisse de motivation -Craintes -Peurs -Mises en danger -Tentamen -Automutilations -Fugues -Comportements à risque -Discours répétitifs -Manque de confiance en soi -Mauvaise estime de soi -Angoisses -Troubles du comportement

- La lecture de ce tableau permet de souligner qu'en moyenne les éducateurs sociaux interrogés identifient 7 formes de manifestations de la souffrance chez les adolescents ayant des troubles psychiques.

La forme de manifestation de la souffrance qui a été citée le plus fréquemment, soit à cinq reprises, est les troubles du comportement. Je pense que ce résultat est loin d'être anodin car les troubles du comportement se caractérisent par un ensemble de conduites, *répétitives et persistantes*, qui bafouent la norme sociale ou les règles préétablies. Le caractère persistant et transgressant des troubles du comportement les rend d'autant plus perceptibles.

J'ai également observé que les professionnels ont relevé deux différentes formes de manifestation de la souffrance, soit :

- Celle qui correspond à un trouble psychique (exemple : les troubles alimentaires ou la dépression).
- Celle qui représente les symptômes d'un trouble (exemple : des angoisses, des peurs, des craintes qui sont souvent caractéristiques des troubles anxieux).

Les données analysées grâce à ce tableau démontrent qu'il y a une réelle disparité de connaissances, entre les personnes interviewées, concernant la problématique des troubles psychiques. Ces résultats témoignent également de la difficulté à établir une terminologie unique et commune des maladies psychiques.

Compréhension de la souffrance

Une professionnelle parvient à comprendre cette souffrance à travers la communication. Elle cite : « *j'essaie de la comprendre par le biais de la communication, donc, c'est-à-dire de prendre du temps avec la personne* » (entretien n⁷, page 1).

Deux éducateurs sociaux essayent de relier cette souffrance, ils tentent de faire des liens afin de comprendre celle-ci. Exemple tiré d'une citation : « *je la relie. Il y a souvent un contexte systémique, il y a souvent un système qui défaille quelque part, l'environnement, l'encadrement* » (entretien n³, page 2). Suite à mes diverses lectures, j'ai également pu constater qu'il est primordial de ne pas rester centré uniquement sur l'adolescent présentant un trouble psychique mais, de prendre en compte son environnement. Toutefois, deux autres personnes interviewées pensent que cette souffrance est directement liée au jeune : *c'est une attitude essentiellement, en fait, de protection, de protection de soi. Soit ils ne se sentent pas à niveau, soit, ils ne se sentent pas reconnus* » (entretien n⁵, page 1), ainsi que : « *je comprends que le jeune n'arrive pas à gérer ses émotions. Donc, j'ai l'impression que cela est une non-gestion de ses émotions et de ses frustrations ou alors un décuplement de tout cela* » (entretien n¹, page 1 et 2).

Un professionnel met en évidence : « *je la comprends individuellement, il n'y a pas de règles pour la comprendre, enfin je ne crois pas* » (entretien n³, page 2). Cette citation démontre qu'il est important que l'adolescent souffrant de troubles psychiques reste un individu à part entière, avec sa singularité.

Gestion de la souffrance

Deux éducateurs sociaux mettent l'accent sur la collaboration : « *je trouve très important qu'il y ait un encadrement ou plutôt une vision d'ensemble qui se fasse, un réseau* » (entretien n⁵, page 2). La seconde professionnel explique l'importance de : « *l'appui et le soutien des collègues, de pouvoir se passer le relais quand on arrive plus* » (entretien n¹, page 2).

Dans deux situations, les professionnels gèrent cette souffrance grâce à la communication. Exemples provenant des témoignages : « *j'essaie de sortir de l'internat et qu'on aille se poser* »

*un peu à quelque part de tranquille et puis, on discute. Je lui demande qu'il m'explique ce qui se passe pour que je puisse **comprendre** et puis, après, trouver des pistes » (entretien n⁷, page 2). Lors de la question précédente concernant la compréhension de la souffrance, cette éducatrice sociale expliquait déjà qu'elle tentait de comprendre cette souffrance à travers la communication. La seconde personne interviewée raconte : « on va essayer de débriefer tous les soirs, **comprendre** ce qu'il s'est passé dans la journée, approfondir, voir ce qu'il ressent » (entretien n⁶, page 2).*

Le thème de la reconnaissance de la souffrance de l'adolescent est également abordé par deux professionnels. Ceux-ci expliquent : « c'est d'avoir de la **compréhension** pour leur parcours. C'est-à-dire, déjà de valider toute cette souffrance qu'ils ont en eux » (entretien n⁴, page 2). « C'est aussi de rendre la souffrance légitime, c'est lui donner une légitimité dans sa souffrance. Le fait que les gens ne la reconnaissent pas, c'est une souffrance en plus, c'est rajouter de la souffrance à la souffrance » (entretien n³, page 2). La reconnaissance, la prise en considération de la souffrance engendrée par la maladie psychique me semble essentielle, tant au niveau de l'adolescent souffrant de troubles psychiques que de son entourage, sa famille.

J'ai pu constater que sur les sept rencontres effectuées, dans 4 situations, le mot « comprendre » est parvenu. J'illustre mes propos avec ce témoignage : « j'essaie de lui donner un sens et de **comprendre** celui-ci » (entretien n², page 2).

Un éducateur social souligne qu'il participe régulièrement à des processus de supervision afin de gérer cette souffrance quotidienne. Il relate : « une des parades que j'ai trouvé, c'est justement de pouvoir en parler régulièrement parce que c'est vrai que la particularité de mon travail c'est que je dois être seul face à des personnes comme cela et seul face à leur famille. Seul face à leur douleur aussi » (entretien n⁵, page 1). Etant donné que le principal outil de l'éducateur social est, sa propre personne, il est donc indispensable qu'il parvienne à se préserver.

6.2.2 Les besoins des adolescents

Besoins des adolescents

Quels sont les besoins des adolescents institutionnalisés auprès desquels vous intervenez ?						
Entretien 1	Entretien 2	Entretien 3	Entretien 4	Entretien 5	Entretien 6	Entretien 7
-Besoin que l'on s'occupe d'eux -Besoin d'un cadre -Besoin de limites -Besoin de se sentir en sécurité -Besoin d'avoir une relation avec l'adulte autre que par la confrontation et la violence -Besoin d'écoute -Besoin d'affection -Besoin de se faire valoriser	-Besoin de construire un lien -Besoin d'être compris -Besoin d'être confronté	-Besoin d'un lieu de sécurité, d'un lieu où ils peuvent se poser -Besoin d'un cadre -Besoin de la norme -Besoin de reconnaissance -Besoin de repos -Besoin de calme -Besoin de pouvoir se projeter -Besoin de pouvoir construire un projet pour l'avenir	-Besoin de reconnaissance, de reconnaître leur souffrance -Besoin d'appartenance (besoins sociaux, pouvoir vivre en groupe, pouvoir avoir des relations) -Besoin de sécurité, de sécurité affective	-Besoin de sécurité -Besoin de vérifier la solidité de la relation, du lien qui s'est établi	-Besoin affectif -Besoin éducatif -Besoin d'un soutien scolaire	-Besoin d'être écouté, d'être entendu par une personne adulte -Besoin d'un espace qui leur appartient, juste de repos -Besoin d'une thérapie -Besoin d'attention -Besoin de temps, qu'on leur accorde du temps -Besoin d'un espace privilégié de dialogue avec l'adulte -Besoin de créer un lien parce que la confiance est difficile en l'adulte

- Suite aux entretiens, j'ai pu constater que les professionnels ont identifié en moyenne 5 besoins chez les adolescents institutionnalisés auprès desquels ils interviennent.

J'ai classé les besoins des adolescents identifiés par les éducateurs sociaux, en me référant à la théorie de Michel Fize concernant les sept besoins capitaux de l'adolescent afin de se développer le plus harmonieusement possible, présentée dans le cadre théorique de ma recherche (cf. Chapitre 4, point 4.2.2). Afin d'effectuer ce classement, j'ai répertorié la terminologie mise en évidence par les éducateurs sociaux, sous chacun des sept besoins capitaux si rapportant.

La confiance (estime de soi) :

- Besoin de reconnaissance (cité à deux reprises).
- Besoin de se faire valoriser.

Le dialogue (désaccord) :

- Besoin de dialogue.
- Besoin d'être écouté (mentionné deux fois).
- Besoin d'être compris.

La sécurité (repères et références) :

- Besoin de se sentir, d'être en sécurité (cité quatre fois).
- Besoin d'un cadre, de limites (évoqué à deux reprises).
- Besoin d'être confronté.
- Besoin d'attention, que l'on s'occupe d'eux (désigné deux fois).

L'autonomie ≠ indépendance (essai-erreur) :

- Aucun besoin de ce type n'a été mis en avant par les éducateurs sociaux.

La responsabilité (s'assumer) :

- Les professionnels n'ont pas nommé de besoin qui correspond à cette catégorie.

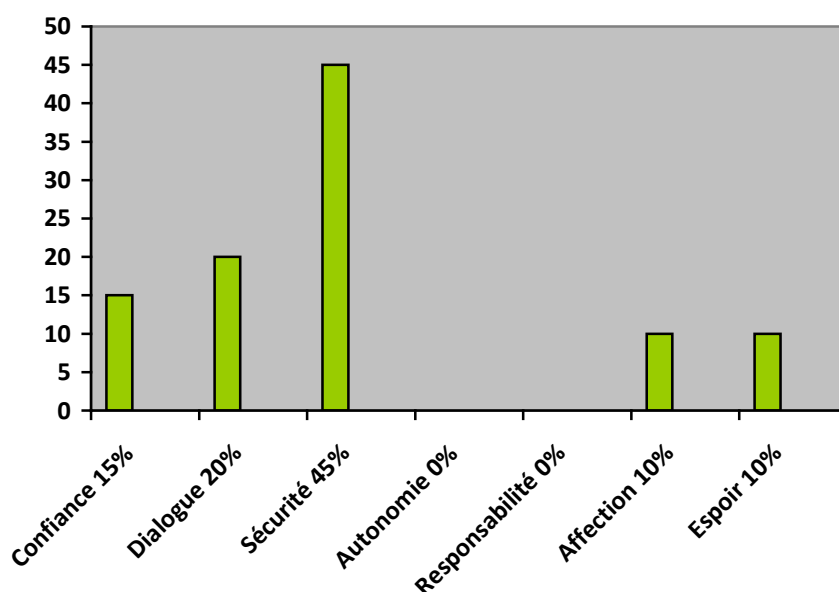
L'affection (aimer ainsi qu'être aimé) :

- Besoin d'affection (cité à deux reprises).

L'espoir (croire en l'avenir) :

- Besoin de pouvoir construire un projet pour l'avenir.
- Besoin de pouvoir se projeter.

Graphique 1 Pourcentage des besoins identifiés



A la lecture de ce graphique, j'ai pu établir que le besoin le plus mentionné par les éducateurs sociaux est « le besoin de sécurité ». J'ai sélectionné le témoignage d'un éducateur social afin d'illustrer cela : « moi, je pense que ces jeunes-là, ils ont tous besoin, la plupart en tout cas, quand ils viennent ici, d'un lieu de sécurité. Donc, moi, je pense que le besoin ici le plus récurrent, c'est la sécurité » (entretien n³, page 2). Michel Fize relève également que ce besoin est fondamental durant l'adolescence. Il souligne aussi que « l'affection est l'un des besoins les plus forts de l'adolescent »⁷⁹. Cette affirmation ne correspond pas aux réponses apportées par les personnes interviewées. Le fait est que « le besoin d'affection » ne représente que le 10% des besoins cités.

Il y a des besoins mentionnés par les professionnels que je n'ai pas pu intégrer à la classification de Michel Fize car ils ne correspondaient pas à une catégorie précise. Ces besoins sont :

- Besoin de repos, de calme.
- Besoin de temps.

⁷⁹ FIZE, M. *L'adolescent est une personne*. Paris : Seuil, 2006. 187 p.

- Besoin d'une thérapie.
- Besoin d'un soutien scolaire.
- Besoin éducatif.

Cinq éducateurs sociaux ont également nommé un besoin qui n'a pas été, selon moi, directement répertorié par Michel Fize, c'est « le besoin de créer et de construire un lien, le besoin relationnel » (entretien n^{1, 2, 4, 5, 7}). Il me semble cependant que ce besoin, « le besoin de créer et de construire un lien » est indispensable au développement des sept besoins capitaux mis en évidence par Michel Fize. Je pense également que « ce besoin relationnel » est primordial car la relation est, constitue la base de tout travail éducatif. Il m'a paru pertinent de faire un lien avec une des qualités requises de l'éducateur social décrite par Andrée Wéry, soit :

« **La capacité d'écoute, d'accueil de l'autre** dans sa démarche spécifique. Cette capacité de nouer des liens sans vouloir « fabriquer un autre » conforme à son désir à soi est un choix de vie et se travaille tout au long de la profession. Cela ne signifie nullement ne pas s'engager ou ne rien proposer ; c'est un mouvement entre soi et l'autre, dans des relations où peuvent se découvrir des alternatives nouvelles à des situations où il y a souffrance, détresse. C'est ouvrir un espace où la parole de l'autre peut surgir et être entendue »⁸⁰.

Afin de conclure, j'ai repris une expression qui illustre l'importance de l'aspect relationnel dans le quotidien de l'éducateur social. Etre éducateur social, c'est être une sorte de « technicien des relations »⁸¹.

Manifestation des besoins

Les propos des éducateurs sociaux concernant la manifestation des besoins sont unanimes. Les adolescents manifestent certes leurs besoins mais, pas de manière verbale. J'ai repris la citation d'une éducatrice sociale car son témoignage illustre adéquatement ceux de tous les professionnels interviewés : « *c'est beaucoup par le comportement, par l'attitude en général, par la façon d'être, de parler, par le comportement global que l'on peut voir, plus qu'à travers les mots* » (entretien n¹, page 2).

En d'autres termes, les besoins sont avant tout manifestés par des comportements, des actes, des actions : « *ils s'expriment physiquement pour attirer l'attention* » (entretien n⁷, page 3) ; une seconde professionnelle explique : « *ils manifestent leurs besoins, je pense par la violence, que cela soit par de la violence verbale ou de la violence physique, parfois* » (entretien n¹, page 2).

Deux éducateurs sociaux ont soulevé un enjeu de taille : « *ils manifestent leurs besoins cela est sûr. Mais, il faut souvent traduire* » (entretien n², page 3), ainsi que : « *les besoins s'expriment plus par le comportement et c'est souvent à nous de décoder* » (entretien n⁴, page 3). J'ai sélectionné deux compétences mises en évidence par Andrée Wéry qui représentent bien les propos tenus par ces deux professionnels⁸² :

- Etre apte à communiquer avec autrui.
- Faire preuve d'écoute, être capable d'accueillir l'autre.

⁸⁰ WERY, A, JEZIERSKI, F. *Les éducateurs spécialisés*. Bruxelles : De Boeck-Wesmael s.a, 1989. 26 p.

⁸¹ HAYEZ, J-Y. *L'institution résidentielle, médiateur thérapeutique*. Vigneux : Matrice, 1994. 94 p.

⁸² WERY, A, JEZIERSKI, F. *Les éducateurs spécialisés*. Bruxelles : De Boeck-Wesmael s.a, 1989.

L'éducateur social doit posséder la compétence de percevoir, de ressentir ce dont le jeune a besoin. Il doit sentir, comprendre ce que les adolescents ne parviennent pas à exprimer avec des mots. L'observation joue de ce fait un rôle important dans les actions éducatives des professionnels du domaine social.

Ressources et moyens

Quelles ressources, quels moyens possédez-vous afin de répondre à leurs besoins ?						
Entretien 1	Entretien 2	Entretien 3	Entretien 4	Entretien 5	Entretien 6	Entretien 7
-Collaboration avec des psychologues et des pédopsychiatres externes ainsi qu'avec le planning familial -Collègues -Objectifs fixés avec le jeune -Sanction -Isolement -Parole -Colloque d'équipe	-Personnes ressources comme le thérapeute ou la psychologue -Réseau (famille ou membres de la famille) -Structure (internat)	-Identification claire des besoins -Temps -Prise en charge individuelle et de groupe -Cadre (règles individuelles à chacun) -Entretiens individuels -Suivi personnalisé	-Equipe pluridisciplinaire -Psychologue de l'institution -Observation personnelle directe -Observation et feedback des collègues -Jeunes -Colloque d'équipe -Communication -Réactivité -Adaptation -Souplesse -Distance émotionnelle	-Patience -Intérêt -Ecoute -Valorisation, valorisation de l'effort -Reconnaissance de ce qui a été fait -Relation -Communication -Temps	-Psychologue du centre -Psychologues ou psychiatres externes -Médiation -Discussion -Théorie sur le développement de l'adolescent -Dossiers (anamnèse) des jeunes	-Collaboration -Balance « éducatif-thérapeutique » -Moi-même -Thérapie -Médication

- En moyenne, les éducateurs sociaux interviewés possèdent 7 ressources ou moyens afin de répondre aux besoins des adolescents institutionnalisés.

A la lecture de ce tableau, j'ai pu constater qu'il y a deux ressources, deux moyens qui ressortent majoritairement :

La collaboration interdisciplinaire (mentionnée cinq fois):

« La première ressource que j'ai, c'est d'intégrer un petit peu leur réseau dans toute cette démarche. Cela veut dire d'intégrer la famille ou des membres de la famille. Et aussi après, dans le travail interdisciplinaire, cela veut dire d'intégrer aussi, dans toutes ces réflexions et démarches, peut être, le thérapeute et puis, la psychologue ou le psychologue qui suit cette personne ou d'autres personnes auxiliaires qui peuvent être des personnes ressources, d'une certaine manière » (entretien n², page 3).

« La prise en charge des jeunes est essentiellement en équipe pluridisciplinaire. Rien ne se fait seul. Moi, en tant qu'éducateur, je n'agis jamais seul. J'agis toujours avec l'équipe, l'équipe pluridisciplinaire » (entretien n⁴, page 3 et 4).

« La collaboration c'est un des outils principal que l'on utilise. La collaboration c'est un moyen qui est, à l'heure actuelle, le plus perfectionné dans mon sens » (entretien n⁷, page 3).

La communication (évoquée à quatre reprises):

« Une de nos principales ressources c'est la parole. Après, c'est vrai qu'on est parfois pas mal limité au niveau de la façon d'agir au quotidien parce que c'est vrai que l'on est un grand groupe donc, c'est difficile d'avoir la même attention pour tout le monde aussi » (entretien n¹, page 3).

Il y a deux témoignages qui m'ont particulièrement interpellé. En effet, deux éducatrices sociales se sont dites « limitée » au niveau des ressources et des moyens pour répondre aux besoins des adolescents souffrant de troubles psychiques. Réponse apportée à la question : « *alors, c'est là qu'on est limité* » (entretien n⁷, page 3). Je pense que cette réalité peut entraîner une certaine souffrance, mais également des difficultés à gérer la prise en charge quotidienne.

Il m'a paru également important d'exposer les propos d'un professionnel qui souligne l'importance d'une prise en charge individualisée de chaque adolescent : « *nous, on met beaucoup d'énergie à faire une prise en charge individuelle. Ici, la particularité c'est qu'il y a une règle institutionnelle très légère. Après, il y a le « cadre », c'est des règles qui sont individuelles à chacun. Le cadre est fait avec le jeune, dès son arrivée, et il est évalué et réajusté au cours du séjour. Cela nous permet d'échelonner, de voir les progrès et puis cela fait que l'on reste très proche de l'individu, très proche des besoins identifiés de l'individu. On fait cela à travers des entretiens individuels où c'est que l'on se rencontre avec le jeune. C'est ce suivi assez personnalisé qui est une grande aide* » (entretien n³, page 3). Selon mes observations, cette prise en charge individualisée de l'adolescent est propre au centre valaisan de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent car cette structure possède les moyens et les ressources afin de mettre en place ce type de suivi.

6.2.3 La démarche thérapeutique sous l'angle éducatif

Fonction et rôle de l'éducateur social

Afin de décrire la fonction et le rôle de l'éducateur social, j'ai relevé dans chaque interview un témoignage concret :

« *Notre rôle c'est aussi d'être présent tout le temps et puis d'être à l'écoute. De pouvoir montrer qu'on est présent, qu'on est là, qu'on est à l'écoute, qu'on est là pour eux, qu'on est là pour les aider et puis que l'on va prendre le temps pour* » (entretien n¹, page 3).

« *Je fais du soutien au quotidien mais, j'essaie d'être le guide, d'être la ligne, de pouvoir me projeter avec le jeune, de pouvoir construire avec le jeune, avec nos moyens* » (entretien n³, page 3).

« *Donc, en gros, mon travail c'est d'amener le jeune à des degrés d'autonomie supplémentaire* » (entretien n⁴, page 4).

« *Concrètement, c'est de les accueillir, de voir où ils en sont* » (entretien n⁶, page 3).

« *Dans ma fonction, il y a la collaboration, la prise en charge, l'accompagnement, l'écoute, l'aide, le soutien qu'il soit psychologique comme administratif dans les démarches qu'ils entreprennent. Je dois veiller à leur sécurité, à leur santé, à leur bien-être, cela fait partie de ma fonction* » (entretien n⁷, page 3 et 4).

Deux professionnels se sont référés à leur mandat afin de définir la fonction, le rôle qu'ils occupent : « *mon mandat c'est d'accompagner ces jeunes qui sont entre l'école obligatoire et une place d'apprentissage, justement vers une place d'apprentissage* » (entretien n², page 3). Le second a relevé que sa fonction, son rôle dépend du mandat qui lui est attribué : « *c'est très compliqué cela parce que je passe d'une situation à une autre. Cela dépend un peu du mandat. Si cela est au niveau pénal, c'est plus centré sur les comportements, l'évolution, surtout du jeune et aussi de sa famille. Tandis qu'avec des familles, je dirais que cela est plus un rôle de conseiller, de soutien, d'écoute, de discussion des choses, beaucoup de renforcements positifs, beaucoup de valorisation des compétences* » (entretien n⁵, page 3). Le mandat permet notamment à l'éducateur social d'identifier le cadre de son intervention

éducative et ainsi, les limites de celle-ci. L'éducateur social est également soumis à un règlement interne, le cahier des charges, stipulant ses droits et ses devoirs. Ces deux documents servent donc à définir la fonction, le rôle de l'éducateur social au sein de l'institution.

Lors de la retranscription des entretiens, j'ai constaté qu'il y avait d'importantes similarités entre les réponses apportées à la question concernant la fonction, le rôle de l'éducateur social ainsi que celle relative à l'action éducative misent en œuvre (point suivant). Il m'a donc paru judicieux de regrouper ces informations dans un tableau commun afin de mettre en relation ces deux aspects.

Tableau 10 Eléments constitutifs de la fonction, du rôle d'éducateur social et de l'action éducative de celui-ci

Suivi de l'adolescent	
<u>Caractéristiques :</u> -Référence -Fixer des objectifs -Entretiens individuels	<u>Citation :</u> <i>« Notre fonction c'est aussi de les suivre au jour le jour, de pouvoir agir quand cela ne va pas, de pouvoir féliciter quand cela va bien »</i> (entretien n ¹ , page 3).
Cadre	
<u>Caractéristiques : Axe normatif et affectif</u> -Normes sociales -Exigences -Règles -Limites -Relation -Affection -Soutien	<u>Citation :</u> <i>« Ma fonction c'est aussi de leur inculquer les normes sociales, les exigences, les limites d'un adulte, d'un patron, d'un copain »</i> (entretien n ⁷ , page 3).
Activités (situations) quotidiennes	
<u>Caractéristiques :</u> -Repas -Douches et soins -Devoirs et leçons -Tâches administratives et ménagères -Temps de détente -Loisirs et activités individuelles ou de groupe -Ateliers	<u>Citation :</u> <i>« Globalement, tu fais du relationnel, du relationnel dans les activités quotidiennes comme le souper, les devoirs, les tâches, les activités plus ludiques »</i> (entretien n ⁶ , page 3).
Collaboration interdisciplinaire	
<u>Caractéristiques :</u> -Entraide -Equipe pluridisciplinaire -Colloque d'équipe -Réunion interdisciplinaire	<u>Citation :</u> <i>« Nous, on travaille toujours en collaboration avec les maîtres socioprofessionnels »</i> (entretien n ⁶ , page 3).

Travail avec les familles	
<u>Caractéristiques :</u> -Soutien -Entraide -Entretiens de famille	<u>Citation :</u> <i>« Ce qu'on essaie c'est de favoriser au maximum le lien. Le lien c'est quelque chose d'essentiel. Donc, on essaie de garder ou de recréer si cela est possible le lien avec la famille, essayer de solidifier ce lien. Cela c'est très important donc, on travaille toujours en partenariat avec les familles, quand c'est possible » (entretien n⁴, page 5).</i>

J'ai repris une citation d'Andrée Wéry qui témoigne de la complexité à définir, à décrire dans son intégralité la fonction d'éducateur social :

« Eduquer les jeunes, leur transmettre des valeurs, favoriser l'apprentissage de « savoir faire », de connaissances, n'est ce pas là un rôle tenu par tout adulte à un moment de sa vie ? Alors, pourquoi une profession ? Comment la définir ? Comment décrire la fonction, le rôle, l'impact de l'EDUCATEUR SPECIALISEE [sic] ? Définir une profession dans toute sa complexité est toujours une gageure. Chacun à une image, une représentation construite souvent à partir de rencontres, de récits individuels de pratiques, mais aussi, de « bruits », de « préjugés » »⁸³.

Afin de conclure, j'ai repris deux exemples qui démontrent bien que, selon moi, ce n'est pas un rôle ou une fonction mais, bien souvent, des rôles et des fonctions. Un éducateur social relève que : *« je trouve que vis-à-vis de chaque jeune cela peut varier et cela doit varier. Donc on ne peut pas, pour moi, avoir un rôle, une fonction qui est la même pour tous les jeunes »* (entretien n², page 4), ainsi que : *« j'ai plein de casquettes, en fait. Je change chaque fois »* (entretien n³, page 4).

Action éducative

J'ai à nouveau repris des passages des entretiens afin de mettre en lumière l'action éducative mise en œuvre par les professionnels interrogés auprès d'adolescents souffrant de troubles psychiques :

« Il y a vraiment un besoin de les accompagner dans la construction de leur personnalité, de les amener à augmenter leur confiance en eux et dans les autres » (entretien n², page 4).

« Mon action éducative consiste également à identifier les besoins de ces jeunes, de leur donner des pistes » (entretien n³, page 4).

« C'est de leur permettre de gagner en autonomie. Mais, qui dit autonomie, dit aussi confiance » (entretien n⁴, page 4).

« Mon action consiste à entendre, à prendre du temps, à pouvoir permettre au jeune de verbaliser certaines choses, des fois, l'aider à trouver un petit peu les raisons du mal-être et puis lui proposer des alternatives » (entretien n⁷, page 4).

Trois professionnels ont employé le même terme afin de décrire leur action éducative auprès d'adolescents souffrant de troubles psychiques : la valorisation. J'ai repris le témoignage de l'un d'entre eux qui illustre bien cela : *« ce que je vais tenter de faire c'est, de revaloriser ce*

⁸³ WERY, A, JEZIERSKI, F. *Les éducateurs spécialisés*. Bruxelles : De Boeck-Wesmael s.a, 1989. 9 p.

que je vois, ce qui est positif, ce qui fonctionne bien. Je vais plutôt travailler sur ce qui va bien, plutôt que de continuer à mettre l'accent sur ce qui va mal » (entretien n⁵, page 3).

Un éducateur social m'a fait part des difficultés qu'il rencontre dans son action éducative avec ce type de population. Il explique : « *sérieusement, moi, j'ai très peu d'outils. J'ai des bases théoriques mais après, je ne pense pas que je sois suffisamment compétent pour accompagner ce genre d'adolescents* » (entretien n³, page 3). J'ai choisi d'exposer cette déclaration car c'est une impression que m'ont également partagé d'autres professionnels (cf. Ressources et moyens, page 43).

Modèles et approches

Quels sont les modèles, les approches sur lesquels s'axent vos interventions éducatives ?						
Entretien 1	Entretien 2	Entretien 3	Entretien 4	Entretien 5	Entretien 6	Entretien 7
-Prévention -Occupation -Anticipation	-Théorie systémique -Mélange de différents modèles -Feeling	-Modèle systémique	-Approche systémique -Pédagogie par objectifs	-Honnêteté -Sincérité -Ecoute	-Modèle systémique	-Approche systémique

- Sur les sept professionnels questionnés, cinq d'entre eux se basent sur une approche systémique.

Cette méthode a la particularité de ne pas être exclusivement centrée sur l'adolescent ayant un trouble psychique. Cela signifie que la famille, l'entourage de l'adolescent font également partie intégrante de la démarche entreprise, des actions mises en œuvre. Un éducateur social souligne : « *le travail qui est fait ici, c'est beaucoup avec les familles pour justement redonner du sens, redonner un cadre, soutenir les familles dans leur démarche éducatives* » (entretien n³, page 1).

Cependant, un professionnel m'a confié une autre manière d'aborder cela : « *plus j'ai avancé, plus j'ai laissé un peu de côté les modèles théoriques et plus je me suis centré sur quelque chose que les personnes peuvent percevoir comme étant le plus honnête possible* » (entretien n⁵, page 4). J'ai trouvé ces propos très intéressants car il démontre bien la subjectivité du travail social où tout est basé sur la relation, sur le lien qui s'établit. Selon moi, il est difficile de s'appuyer uniquement sur des modèles et des approches afin d'acquiescer une prise en charge de qualité. Je pense qu'il n'est pas possible de tout maîtriser lorsque l'on travaille au quotidien avec des autres êtres humains, il y a une part que l'on ne contrôle pas.

Un éducateur social relève également les difficultés liées à la mise en place d'un modèle systémique. Il cite : « *moi, j'aime beaucoup le modèle systémique. Mais, c'est difficile d'appliquer cela ici comme on a peu de temps pour parler, pour rencontrer les familles, le réseau autour* » (entretien n⁶, page 3). Le modèle systémique demande en effet un important investissement personnel, que cela soit en temps, en participation, en énergie.

Méthodes et techniques

Quelles sont les méthodes et les techniques qui vous sont utiles dans la prise en charge éducative ?						
Entretien 1	Entretien 2	Entretien 3	Entretien 4	Entretien 5	Entretien 6	Entretien 7
-Désamorçage -Rester le plus calme et le plus objectif possible	-Différentes techniques d'entretien -Activité -Choses du quotidien	-Humilité -Moi-même -Intégrité -Humour	-Projet à long terme -Lectures -Conférences -Montagne	-Vision systémique -Humilité -Patience	-Grilles d'observation -Journal de bord -Communication avec le collègue direct	-Techniques d'entretien -Outils de communication -Techniques de contention -Amour -Affection -Empathie -Outils systémiques -Outils de gestion de conflit -Lectures -Formations continues -Collègues -Acteurs de la collaboration

- Les informations recueillies révèlent que les éducateurs sociaux utilisent en moyenne 5 méthodes ou techniques dans leur prise en charge quotidienne.

Dans le chapitre traitant des concepts théoriques, j'ai créé une liste des différentes techniques et outils dont dispose l'éducateur social (cf. Chapitre 4, point 4.2.1). Afin de structurer cette liste, j'avais classé ces techniques en trois niveaux, soit :

- Le niveau professionnel composé par le mandat, le cahier des charges de l'éducateur social, mais également l'entourage professionnel de celui-ci (l'équipe éducative ainsi que l'équipe pluridisciplinaire).
- Le niveau personnel correspond à sa propre personne ce qui comprend ses compétences, ses limites, ses besoins, ses attentes ainsi que ses ressources. Afin d'illustrer mes propos, j'ai repris le témoignage d'un éducateur social qui soutient que : « *mon outil principal, c'est moi, moi en tant qu'éducateur avec ma personnalité, ma carte du monde, mon histoire* » (entretien n°3, page 4).
- Le niveau pratique regroupe les concepts théoriques, les techniques de communication ainsi que les techniques d'observation et les activités pratiques.

Il m'a paru intéressant de classer les différentes techniques et outils cités par les professionnels lors des entretiens, sous le niveau auquel ils correspondent.

Le niveau professionnel :

- Acteurs de la collaboration, collègues (cités à deux reprises), projet à long terme⁸⁴.

Le niveau personnel :

- Moi-même.

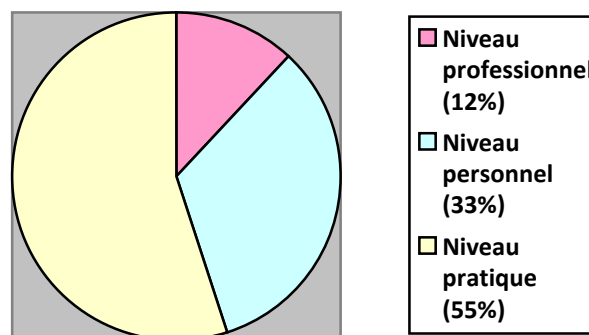
⁸⁴ Le projet à long terme (PLT) est un concept institutionnel propre au centre médico-éducatif « La Castalie » (entretien n°4, page 5).

- Objectif, calme, humilité (évoquée deux fois), intégrité, humour, patience, amour, affection, empathie.

Le niveau pratique :

- Techniques d'entretien (mentionnées à deux reprises)
- Techniques de contention.
- Communication, outils de communication, désamorçage.
- Vision systémique, outils systémiques.
- Grilles d'observation, journal de bord.
- Outils de gestion de conflit.
- Lectures (citées deux fois), formations continues, conférences,
- Activité, choses du quotidien, montagne.

Graphique 2 Pourcentage des méthodes et des techniques



6.2.4 La collaboration interdisciplinaire

Qualification de la collaboration interdisciplinaire

Afin de définir la notion de collaboration interdisciplinaire, j'ai relevé quelques interprétations de celle-ci :

« C'est la cohérence, la discussion, l'écoute, l'honnêteté de dire les choses comme elles sont, de ne pas les inventer ou de ne pas les minimiser. D'être **objectif** aussi, de pouvoir simplement poser les difficultés et de dire quand on arrive plus, quand on ne sait plus comment faire. Et puis, de travailler dans le même sens » (entretien n¹, page 5).

« Une collaboration, cela veut dire que l'on fait quelque chose ensemble » (entretien n², page 5).

« C'est des visions, des regards différents. C'est des lunettes avec des couleurs différentes. Le fait d'avoir d'autres formations, d'autres acquis, d'autres expériences, nous permet, quand on est ensemble, d'avoir une vision plus globale, plus systémique. Plus on a finalement de regards, plus on s'approche de l'**objectivité**, je pense » (entretien n³, page 4 et 5).

« C'est un échange de compétences. Plus on a de regards différents, plus on arrive à enrichir notre représentation, notre compréhension de la problématique et à tendre vers une certaine **objectivité**, en sachant que l'on sera jamais complètement objectif. On essaie de s'en rapprocher » (entretien n⁴, page 6).

Lorsque j'ai abordé ce thème durant les entretiens, je me suis rendue compte que tous les répondants n'avaient pas de définition précise et claire de ce qu'est la collaboration interdisciplinaire. Je ne suis donc pas parvenue à obtenir une définition commune de la notion de collaboration interdisciplinaire. Cependant, j'ai relevé qu'il y a tout de même des expressions qui ont été utilisées par divers professionnels comme : des regards différents (cités à deux reprises), ensemble (mentionné deux fois).

Trois professionnels ont également introduit la notion d'objectivité. Pour eux, la collaboration interdisciplinaire a entre autre comme avantage de tendre vers le plus d'objectivité possible.

Collaboration interne

Collaborez-vous avec diverses professions au sein de l'institution ?						
Entretien 1	Entretien 2	Entretien 3	Entretien 4	Entretien 5	Entretien 6	Entretien 7
-Maîtres socioprofessionnels -Chef éducateur	-Enseignants -Psychologue -Coordinateur pour les stages professionnels des jeunes	-Infirmiers en psychiatrie -Pédopsychiatres -Psychologue -Art-thérapeutes -Enseignante spécialisée -Femmes de ménage	-Psychologue -Psychiatre -Enseignants spécialisés -Enseignants de la ville de Monthey -Maîtres socioprofessionnels -Psychomotricien -Assistante sociale -Responsable partenariat institution-famille	-Aucune	-Maîtres socioprofessionnels -Responsable éducatif des structures extérieures -Responsable éducative de l'internat -Enseignants spécialisés -Secrétaires	-Maîtres socioprofessionnels -Chefs de centre (supérieur hiérarchique)

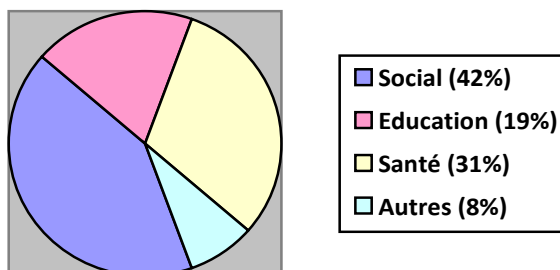
- En moyenne, les éducateurs sociaux collaborent avec 4 autres types de professions au sein de l'institution dans laquelle ils travaillent.

En me référant au tableau ci-dessus, j'ai pu relever de grandes disparités dans les réseaux internes des professionnels interviewés. En effet, un des éducateurs sociaux ne collabore par exemple avec aucune profession.

En procédant à l'analyse de ce tableau, j'ai noté quatre secteurs professionnels :

- Les professions du domaine social, exemple : maître socioprofessionnel.
- Les professionnels de l'éducation comme enseignant spécialisé.
- Les professions du domaine de la santé telles que psychologue.
- Autres, exemple : secrétaire.

Graphique 3 Pourcentage des collaborations internes



Collaboration externe

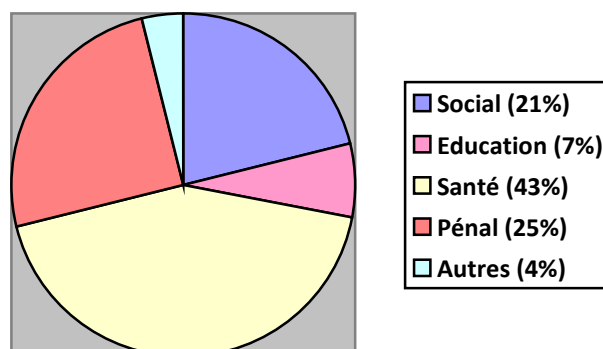
En tant qu'éducateur social collaborez-vous avec des professionnels externes à votre institution ?						
Entretien 1	Entretien 2	Entretien 3	Entretien 4	Entretien 5	Entretien 6	Entretien 7
-Pédopsychiatres -Psychologues -Assistants sociaux -Juge	-Psychologues -Assistants sociaux	-Enseignants -Assistants sociaux	-Assistants sociaux -Traducteurs -Tuteurs	-Juge -Psychiatres -Policiers -Enseignants -Assistants sociaux -Médiateur de rue -Tuteurs	-Psychologues -Psychiatres -Juge -Tuteurs	-Thérapeutes -Art-thérapeutes -Pédiatres -Pédopsychiatres -Psychiatres -Psychologues

- Les données ci-dessus démontrent qu'en moyenne, les éducateurs sociaux collaborent, hors institution, avec 4 autres professionnels.

En analysant les réponses des professionnels, j'ai relevé cinq secteurs professionnels :

- Les professions du domaine social telles que médiateur de rue.
- Les professions en lien avec l'éducation comme enseignant.
- Les professions du domaine de la santé, exemple : pédiatre.
- Les professions pénales telles que juge.
- Autres, exemple : traducteur.

Graphique 4 Pourcentage des collaborations externes



Intérêt du travail interdisciplinaire

Tous les entretiens ont mis en lumière l'utilité voire même la nécessité du travail interdisciplinaire dans la prise en charge d'adolescents souffrant de troubles psychiques :

« Je trouve que c'est super important et que c'est super utile » (entretien n¹, page 4).

« Je trouve que ce travail interdisciplinaire est absolument primordial » (entretien n², page 5).

« Je pense que le travail interdisciplinaire est capital. Je ne peux pas m'imaginer travailler seul, sans une équipe » (entretien n³, page 5).

« C'est essentiel, je ne peux pas imaginer une prise en charge sans collaboration interdisciplinaire. Pour moi, je ne pourrais pas avoir une action éducative de qualité, seul ou en utilisant uniquement les ressources de l'équipe éducative » (entretien n⁴, page 7).

« *Je dirais quand même un rôle de premier plan. Cela joue un rôle central* » (entretien n⁵, page 5).

« *C'est l'idéal. C'est franchement l'idéal de travailler avec les médecins, les psychologues, les assistants sociaux et puis les collègues parce que l'on est une immense institution* » (entretien n⁶, page 3).

« *Sans cela, je ne vois pas ce que l'on pourrait faire parce que l'on est vite démunie. Sans cela, je ne pourrais pas travailler, cela serait très difficile* » (entretien n⁷, page 5).

Je tiens à préciser que tous les professionnels se sont exprimés sur le rôle central que joue la collaboration interdisciplinaire dans leur réalité professionnelle mais, deux d'entre eux m'ont également fait part des difficultés que cela peut engendrer. Exemple provenant d'un entretien : « *le seul couac [sic] que je vois, dans les collaborations, c'est avec les thérapeutes qui parfois disent les choses avec parcimonie* » (entretien n⁷, page 5). En me référant à la théorie proposée par Karl Weber qui relève quatre différents types de conflits pouvant survenir au cours d'une démarche de collaboration interdisciplinaire, j'en ai conclu que la situation exposée dans cet exemple correspond à⁸⁵:

- Une divergence dans le pouvoir et le prestige.

Le second éducateur social interrogé manifeste quant à lui que : « *cela veut dire justement tenir compte de tout ce qui est en train de se passer, dans l'ensemble d'une situation. Justement avec les effets négatifs, c'est-à-dire le temps. Pour moi, maintenant, avec le temps, c'est devenu extrêmement dur d'assumer tout cela parce que pour être en accord avec soi-même, avec le réseau, avec ceci-cela, c'est finalement beaucoup plus lourd qu'auparavant. Parfois, cela entrave mon intervention. Donc, c'est un énorme investissement qui est utile, c'est sûr, mais, qui prend un tel temps. Surtout, pour arranger les rencontres entre les uns les autres, cela peut être des colloques, cela peut être le réseau* » (entretien n⁵, page 4 et 5). Dans le cadre théorique de ma recherche, j'ai présenté un inventaire concis des aspects qui peuvent être des obstacles à la collaboration interdisciplinaire (cf. Chapitre 4, point 4.2.3). En me basant sur cet inventaire inspiré de ma pratique professionnelle, j'ai pu définir que le témoignage de cet éducateur social met en lumière deux obstacles :

- Le manque de temps.
- La surcharge de travail.

Ces difficultés racontées par deux professionnels posent donc la question de la nécessité du travail interdisciplinaire au quotidien. J'ai repris le témoignage d'un autre éducateur social qui illustre bien cette problématique : « *il ne faut pas faire du travail interdisciplinaire pour faire du travail interdisciplinaire. Il faut le faire parce qu'on y voit un sens. Donc, des fois, cela va être utile de faire beaucoup de travail interdisciplinaire comme des fois, c'est bien d'arrêter de faire du travail interdisciplinaire* » (entretien n², page 5). Toutefois, une éducatrice sociale tient un discours différent : « *la collaboration interdisciplinaire est un moyen qui dans la problématique des troubles psychiques est primordial, nécessaire, je dirais, parce qu'on se rend compte finalement que, moi, en tant qu'éduc [sic], je suis vite limitée* » (entretien n⁷, page 5).

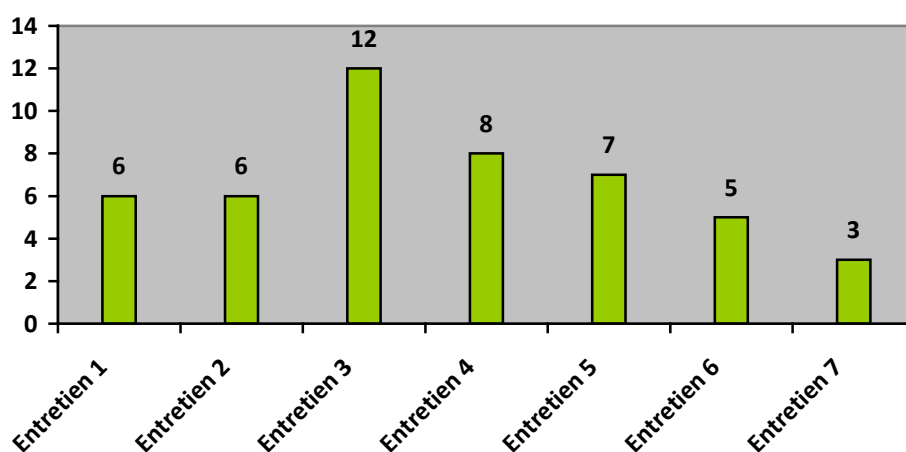
⁸⁵ GOTTRAUX, M. [et al.]. *Collaborations dans les professions sociales*. Lausanne : EESP, 1990. 84 p.

Collaborations entre institutions valaisannes

Est-ce que l'établissement, où vous exercez, collabore avec d'autres institutions valaisannes ?						
Entretien 1	Entretien 2	Entretien 3	Entretien 4	Entretien 5	Entretien 6	Entretien 7
-CVPEA -CDTEA -Planning familial -Centre ORIF -Maison d'éducation au travail Pramont -Institut St-Raphaël	-Office de la Protection de l'Enfance -PZO ⁸⁶ -CVPEA -Centres médicaux-sociaux -Chambres pupillaires -Centre ORIF	-Office de la Protection de l'Enfance -Centres de consultation ambulatoire -Hôpital psychiatrique de Malévoz -PZO -Communes -Services sociaux -Fondation Cité Printemps -Association la Chaloupe -Institut St-Raphaël -Institut Don Bosco -AEMO -Familles d'accueil	-Institut Don Bosco -Institut St-Agnès -FOVAHM -Ateliers St-Hubert -Centre ORIF -Coop Collombey -CVPEA -Hôpital psychiatrique de Malévoz	-Hôpitaux psychiatriques pour adolescents -Prisons -Lieux de détention provisoire -Office de la Protection de l'Enfance -Ecoles -Service de l'intégration -Tribunal des mineurs	-Ligue valaisanne contre la Toxicomanie -Institut Don Bosco -Institut St-Agnès -Institut St-Raphaël -Fondation Cité printemps	-CVPEA -CDTEA -Hôpital psychiatrique de Malévoz

- Les établissements au sein desquels exercent les professionnels questionnés collaborent en moyenne avec 7 autres institutions valaisannes.

Graphique 5 Nombre d'institutions collaborantes



Le graphique ci-dessus révèle à nouveau des disparités dans le réseau des institutions valaisannes. En effet, cinq établissements obtiennent un résultat qui correspond à la moyenne, c'est-à-dire 7. Cependant, une structure jouit d'un réseau bien plus conséquent que les autres,

⁸⁶ Centre psychiatrique du Haut-Valais (Brigue)

soit 12. Tandis qu'une institution possède un réseau plus limité, composé de 3 institutions collaborantes. Il me paraît important de souligner que l'éducateur social qui travaille au centre valaisan de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent possède la plus importante liste d'institutions avec lesquelles il est amené à collaborer.

7. Synthèse

Dans ce chapitre, je me suis appliquée à présenter la vérification de mes hypothèses et de mes objectifs de recherche ainsi que les limites rencontrées au cours de cette étude. Le but de cette synthèse étant de répondre à ma question de recherche, soit :

« Comment diriger la prise en charge éducative, dans le cadre de la démarche thérapeutique institutionnelle mise en œuvre, pour répondre aux besoins des adolescents souffrant de troubles psychiques ? ».

7.1 Vérification des hypothèses

Afin de dynamiser le processus de mon étude, j'avais déterminé trois hypothèses qui étaient des réponses provisoires à ma question de recherche (cf. Chapitre 3, point 3.2).

Dans cette partie, j'ai cherché, en me référant à l'analyse des données ainsi qu'au cadre théorique de ma recherche, à confirmer ou à infirmer les hypothèses que j'avais émises.

La première hypothèse était formulée de la sorte :

J'é mets l'hypothèse que l'éducateur social qui prend en charge des adolescents doit posséder les connaissances théoriques liées aux différents troubles psychiques et au développement de la personne humaine en lien avec le processus d'adolescence.

Cette hypothèse s'est vue confirmée par le cadre théorique de ma recherche.

L'analyse des données recueillies durant les entretiens a avant tout mis en lumière les disparités au niveau des connaissances théoriques des éducateurs sociaux, concernant la problématique des troubles psychiques. Par ailleurs, une éducatrice sociale a entrepris, suite à l'obtention de son Bachelor en Travail Social, une formation continue concernant la thématique de l'adolescence et des troubles psychiques car elle disait vouloir approfondir ses connaissances dans ce domaine (entretien n⁷).

Andrée Wéry souligne que l'éducateur social doit être capable d'entrer dans un processus de formation continue. Elle explique :

« Il est cependant évident que, suivant les lieux de travail, la démarche professionnelle va vers une spécialisation et un approfondissement. Cela apparaît comme une des meilleures garanties de la durée dans l'exercice du métier, de l'évolution dans la carrière et d'une réelle satisfaction professionnelle »⁸⁷.

Sur les sept éducateurs sociaux que j'ai interviewés, quatre d'entre eux ont suivi, suite à l'obtention de leur diplôme, une à deux formations complémentaires dans le domaine du travail social.

⁸⁷ WERY, A, JEZIERSKI, F. *Les éducateurs spécialisés*. Bruxelles : De Boeck-Wesmael s.a, 1989. 26 p.

La seconde hypothèse était la suivante :

J'é mets l'hypothèse que les adolescents souffrant de troubles psychiques ont des besoins spécifiques dus notamment au cadre de vie dans les structures.

Arrivée au terme de ma recherche, je ne peux confirmer cette hypothèse dans son intégralité.

L'analyse des témoignages des professionnels a effectivement permis d'identifier six besoins spécifiques des adolescents institutionnalisés. Cependant, je ne peux affirmer que ces besoins sont dus uniquement au cadre de vie dans les structures et non aux troubles psychiques dont souffre l'adolescent.

La troisième hypothèse était énoncée ainsi :

J'é mets l'hypothèse que la prise en charge éducative joue un rôle indispensable dans la démarche thérapeutique institutionnelle et que cette réponse éducative est liée à une action pluridisciplinaire efficiente.

L'analyse des données récoltées au cours des entretiens avec les éducateurs sociaux a permis de confirmer cette hypothèse.

J'ai repris une déclaration d'Andrée Wéry qui illustre adéquatement l'importance de la prise en charge éducative, de la fonction de l'éducateur social :

« L'éducateur au quotidien s'inscrit dans le cadre de projets pédagogiques élaborés avec des collègues et d'autres professionnels en fonction des objectifs de l'institution et des difficultés et possibilités des personnes. Dans ce projet pédagogique, il est un acteur de « première ligne », il met en œuvre les moyens, les activités, les stratégies favorisant la réalisation du projet. Sa proximité au vécu quotidien, sa capacité de prendre distance, place souvent l'éducateur dans le rôle d'interlocuteur privilégié. C'est lui qui accompagne les enfants, les jeunes, les adultes dans tous les petits événements de tous les jours où la personne manifeste son rapport au monde, ses joies et ses détresses »⁸⁸.

L'éducateur social joue un rôle essentiel dans le suivi d'adolescents souffrant de troubles psychiques. Il accompagne, au travers de sa prise en charge, l'adolescent dans l'ensemble des actes de la vie quotidienne de ce dernier. Toutefois, les interventions éducatives mises en œuvre par l'éducateur social doivent s'inscrire afin d'être efficiente, dans une démarche thérapeutique qui comprend également une démarche psychothérapeutique, soignante et pédagogique. Suite aux divers entretiens que j'ai menés, j'ai pu constater que ce n'est majoritairement pas le cas dans les institutions valaisannes sélectionnées. En effet, sur les sept professionnels interviewés, il y a un éducateur social qui prend en charge des adolescents souffrant de troubles psychiques dans une structure où la démarche thérapeutique comprend autant une démarche éducative, psychothérapeutique, soignante et pédagogique. Cet établissement est le centre valaisan de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Cette structure est effectivement la seule au niveau valaisan qui propose une complémentarité des offres psychothérapeutiques, éducatives, soignantes ainsi que pédagogiques. Les six autres éducateurs sociaux interrogés interviennent dans des structures où il y a avant tout un suivi éducatif et pédagogique des adolescents souffrant de troubles psychiques.

⁸⁸ Ibid. 20-21 p.

7.2 Validation des objectifs

Ce travail de recherche devait permettre d'atteindre trois objectifs :

Le premier objectif était de pouvoir identifier les besoins et les ressources des adolescents souffrant de troubles psychiques.

Je peux attester que cet objectif est atteint.

L'analyse des données recueillies au cours des rencontres avec les éducateurs sociaux a permis de mettre en évidence six besoins spécifiques. J'ai classé ces différents besoins par ordre décroissant, soit :

- Le besoin de sécurité.
- Le besoin de créer et de construire un lien, le besoin relationnel.
- Le besoin de dialogue.
- Le besoin de confiance.
- Le besoin d'affection / le besoin d'espoir (ces deux besoins distincts ont été cités le même nombre de fois par les professionnels interviewés).

Le second objectif avait pour but d'identifier le cadre de la prise en charge éducative dans les démarches thérapeutiques mises en œuvre auprès d'adolescents institutionnalisés, en Valais.

Cet objectif est partiellement atteint. Je pense qu'il serait présomptueux de ma part d'affirmer que je sois parvenue à identifier l'ensemble du cadre de la prise en charge éducative des sept professionnels interviewés.

Grâce à l'analyse des données récoltées au cours des entretiens, j'ai pu identifier que :

- Dans une situation, la prise en charge éducative de l'éducateur social représente à elle seul la démarche thérapeutique. En effet, l'institution où pratique ce professionnel emploie uniquement des éducateurs sociaux.
- Deux éducatrices sociales exercent dans des institutions où la démarche thérapeutique comprend une démarche éducative et pédagogique. Le personnel de ces deux établissements est composé majoritairement d'éducateurs sociaux mais, également de maîtres-socioprofessionnels et d'enseignants.
- Trois éducateurs sociaux travaillent quant à eux principalement avec des enseignants ou des maîtres-socioprofessionnels. Cependant, ces institutions disposent également de professionnelles du domaine de la santé telles que des psychologues, des psychiatres.
- Comme je l'ai expliqué précédemment, un professionnel de mon échantillon de recherche prend en charge des adolescents souffrant de troubles psychiques dans une structure où la démarche thérapeutique comprend autant une démarche éducative, psychothérapeutique, soignante et pédagogique.

Le troisième objectif devait permettre de déterminer les techniques et les méthodes utilisées par l'éducateur social dans la prise en charge des adolescents en institutions valaisannes.

Ce dernier objectif est également atteint.

Grâce aux réponses apportées par les professionnels ainsi qu'à mes propres expériences pratiques, j'ai pu déterminer un certain nombre de méthodes et de techniques. Ces différentes techniques et outils sont multiples : les techniques d'observation et de communication, le cahier des charges de l'éducateur social, mais également l'entourage professionnel de celui-ci,

etc. Les informations recueillies ont révélé que les éducateurs sociaux utilisent en moyenne cinq méthodes ou techniques dans leur prise en charge quotidienne.

Toutefois, je tiens à préciser que cette liste n'est en aucun cas exhaustive et qu'elle peut à tout moment être modifiée, complétée.

7.3 Limites de la recherche

Afin de rédiger mon cadre théorique, j'ai parcouru un certain nombre d'ouvrages. Suite à ces diverses lectures, il m'a fallu faire des choix car la documentation concernant le processus d'adolescence ainsi que les troubles psychiques qui peuvent y survenir est plus qu'importante. Cette sélection d'apports théoriques amène inévitablement une restriction de ceux-ci. Les concepts théoriques de ma recherche ne sont donc pas exhaustifs, toutefois je pense être parvenu à élaborer un cadre théorique suffisamment riche.

Une limite indéniable de mon Travail de Bachelor est la taille de mon échantillon de recherche. Je me suis entretenue avec sept professionnels, c'est pourquoi les résultats de cette étude ne peuvent en aucun cas être généralisés à l'ensemble des éducateurs sociaux exerçant auprès d'adolescents souffrant de troubles psychiques. Cependant, je pense que la force de mon échantillon est qu'il représente des professionnels exerçant autant dans le Bas-Valais, que le Valais central et le Haut-Valais.

Toute démarche de recherche ne peut être totalement objective. La subjectivité représente donc également une limite non négligeable. En effet, au cours des entretiens, les éducateurs sociaux m'ont fait part de leurs expériences professionnelles, de leurs émotions, de leur ressenti et de ce fait, d'une réalité qui leur est propre. De plus, l'analyse du contenu des données recueillies auprès des professionnels ne peut être dénuée de subjectivité car j'ai analysé ces divers témoignages avec mon système de valeurs, mes représentations, mes attentes.

8. Bilan de recherche

Il m'a paru essentiel de faire un bilan général concernant l'élaboration de mon Travail de Bachelor car cette démarche de recherche a pris une place considérable dans ma vie professionnelle mais, également personnelle depuis plus d'une année.

Bilan théorique

Pour la rédaction de mon projet de Travail de Bachelor, j'ai effectué plusieurs recherches (livres et documents audiovisuels) afin de me documenter sur la prise en charge éducative d'adolescents souffrant de troubles psychiques. A mon grand étonnement, je n'ai pu que constater le peu de documentations existantes concernant cette thématique. En effet, j'ai rassemblé de nombreux ouvrages sur l'adolescence et les troubles psychiques qui peuvent y survenir mais, un faible nombre d'entre eux traitent directement des interventions éducatives mises en œuvre auprès de cette population.

Malgré cet imprévu, je me suis plongée dans de multiples ouvrages portant sur le processus d'adolescence, les troubles psychiques ainsi que l'éducation. Pour chacun de ces livres, j'ai rédigé une fiche de lecture reprenant les chapitres qui traitaient spécifiquement de la problématique de mon Travail de Bachelor. Avec le recul, je dois dire que cette démarche m'a pris énormément de temps mais, je pense que cela m'a facilité le travail de rédaction du cadre théorique.

J'ai rencontré énormément de difficultés lors de la création des concepts théoriques car la partie concernant l'adolescence ainsi que celle traitant des troubles psychiques étaient plus complexes. A plusieurs reprises, j'ai été confrontée au fait que la terminologie utilisée dans les différents ouvrages lus n'étaient pas semblables. De plus, selon les auteurs sélectionnés, les avis divergeaient. Suite à cela, j'ai donc décidé de solliciter deux personnes ressources. L'entretien effectué avec Mme Jeannette Schwery, infirmière cheffe du centre valaisan de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, m'a permis d'orienter et de préciser mes concepts théoriques traitant du processus d'adolescence et des troubles psychiques qui peuvent y survenir. Au cours de l'interview menée avec Monsieur Emmanuel Solioz, professeur à la Haute Ecole Spécialisée de Suisse occidentale, j'ai obtenu des compléments d'informations sur la thématique des troubles psychiques. Ces deux entretiens exploratoires m'ont aidé à amorcer la rédaction du cadre théorique de ma recherche.

Bilan méthodologique

Lors de la prise de contact avec les directions des institutions valaisannes sélectionnées, j'ai été confrontée à une difficulté importante : la surabondance de demandes d'entretien dans le cadre de Travaux de Bachelor, provenant de la Haute Ecole Spécialisée de Suisse occidentale. Il a bien souvent fallu que je fasse preuve de persévérance afin d'obtenir l'autorisation de contacter les éducateurs sociaux. Cette démarche laborieuse s'est révélée particulièrement stressante.

Le mois durant lequel ont eu lieu les sept entretiens a été très intense car j'ai dû me déplacer dans l'ensemble du canton afin de recueillir les précieux témoignages. Mais, toutes les rencontres ont été un incontestable enrichissement pour moi. J'ai été très touchée par la mise à nu de ces personnes. Avec du recul, je pense que c'est réellement la partie de mon Travail de Bachelor que j'ai le plus appréciée.

La retranscription des entretiens m'a pris un temps considérable. Durant cette étape, je me suis également aperçue que j'avais recueilli une grande quantité d'informations, dont certaines, bien qu'instructives, ne correspondaient malheureusement pas à ma thématique. Suite à cette constatation, il m'a donc fallu effectuer une sélection des données récoltées. Pour ce faire, j'ai créé une grille de dépouillement des données qui m'a permis de procéder à l'analyse de celles-ci. Avant même de pouvoir débiter le traitement des données, j'ai laissé beaucoup d'heures dans la retranscription des entretiens et la construction de la grille de dépouillement des données. Cependant, il me semble que ces deux étapes étaient essentielles afin de pouvoir par la suite réaliser une analyse des données objectives.

Afin de débiter l'analyse des données, j'ai consulté au préalable mes supports de cours explicitant cette étape de la recherche ainsi qu'une dizaine de Travaux de Bachelor. Malgré ces diverses lectures, je me suis retrouvée dans une impasse car je ne parvenais pas à amorcer cette partie de mon étude. J'avais de la peine à structurer mon texte étant donné le nombre important d'informations recueillies au cours des entretiens. J'ai eu également des difficultés à traiter les données qualitatives car j'avais peur de biaiser ou d'omettre certains des propos récoltés. C'est pourquoi, j'ai choisi d'analyser le contenu des témoignages par thématique afin de mettre en lumière l'ensemble des propos des éducateurs sociaux interviewés et de conserver ainsi la richesse de leurs discours.

Bilan professionnel

J'ai effectué ma deuxième période de formation pratique dans une institution qui accueillait des adolescents. L'unité pédagogique dans laquelle je travaillais, était composée de neuf adolescents, cinq filles et quatre garçons, âgés de 16 à 20 ans présentant différentes problématiques telles que : de grosses difficultés scolaires, ainsi que des difficultés d'attention

et de concentration, des problèmes de comportements, de retard du langage, divers handicaps. Cette expérience professionnelle m'a permis de m'immerger au cœur de la problématique de mon Travail de Bachelor. J'ai pu faire de nombreux liens avec le contexte théorique de celui-ci. Cela m'a également donné l'opportunité de thématiser certains aspects de ma recherche avec les adolescents. Je tiens à souligner que je dois une grande partie de mon investissement et de ma motivation aux adolescents que j'ai accompagnés durant cet ultime stage.

De plus, cette recherche m'a souvent amené à remettre en question mes propres interventions éducatives auprès de ces adolescents. J'ai réfléchi sur le sens de mon action éducative auprès de ce type de population. Dans certaines situations, je me suis sentie « désarmée », démunie en tant qu'éducatrice sociale face à cette problématique des troubles psychiques. J'avais l'impression que mon suivi éducatif, mon accompagnement de l'adolescent n'était pas suffisant, incomplet en quelque sorte. J'ai eu la chance de pouvoir échanger mon ressenti avec mes collègues directes qui bénéficiaient d'une plus grande expérience que moi dans le domaine et qui m'ont témoigné leur soutien.

Grâce à ce Travail de Bachelor, j'ai avant tout considérablement élargi et enrichi mes connaissances concernant le processus d'adolescence ainsi que la problématique des troubles psychiques. J'ai notamment découvert à travers les témoignages des éducateurs sociaux interrogés, un grand nombre de techniques et de méthodes qui me seront utiles si je suis à nouveau amenée à prendre en charge des adolescents souffrant de troubles psychiques. Ce Travail de Bachelor m'a également permis de découvrir une part de l'organisation, du fonctionnement de sept institutions valaisannes.

Bilan personnel

La rédaction d'un Travail de Bachelor demande un réel et important investissement professionnel et personnel. Tout au long de ce processus, j'ai été assaillie par de nombreuses angoisses. Je ne me sentais pas capable de rédiger ce travail. Ce ressenti a été difficile à gérer, d'autant plus que c'était la première fois au cours de mon processus de formation que je me sentais ainsi mise en échec. J'ai vécu à de nombreuses reprises, ce qui est communément appelé, l'angoisse de la page blanche. J'ai dû apprendre à ne pas me laisser submerger par les émotions et à persévérer. Je pense que je ressors grandie de cette expérience car cela m'a permis de faire un important travail sur moi-même.

8.1 Perspectives et pistes d'actions professionnelles

Formation dispensée aux éducateurs sociaux

Cette recherche a mis en évidence l'importance d'une formation efficiente concernant le processus d'adolescence et la problématique des troubles psychiques. Il est nécessaire, selon moi, que l'éducateur social qui intervient auprès d'adolescents souffrant de troubles psychiques, ait suivi une formation concernant le processus d'adolescence ainsi que les troubles psychiques afin que son action éducative soit des plus professionnelles. Il me semble également utile que l'éducateur social ait développé, au long de sa formation, des méthodes et des techniques lui servant dans ses interventions éducatives.

Si je me réfère aux connaissances que j'ai acquises durant mon processus de formation en Travail Social, je ne peux que souligner l'insuffisance des apports pratiques. Je pense avoir développé de bonnes connaissances théoriques liées aux différents troubles psychiques et au développement de la personne humaine en lien avec le processus d'adolescence. Cependant, je me suis rapidement trouvée limitée dans mes interventions éducatives car je ne possédais pas suffisamment d'outils pratiques afin de prendre en charge ce type de population.

Il me paraît important de souligner également l'importance d'un processus de supervision des éducateurs sociaux travaillant auprès d'adolescents souffrant de troubles psychiques. Je pense en effet, qu'il est indispensable à tout professionnel d'avoir la possibilité de partager ses appréhensions, ses difficultés, ses doutes, son ressenti face au travail quotidien.

Il me semble être de la responsabilité des institutions qui emploient des éducateurs sociaux de mettre en place, de proposer des séminaires, des cours, des conférences en lien avec le processus d'adolescence et les troubles psychiques qui peuvent y survenir. Ce travail de prévention, de sensibilisation du personnel éducatif me semble essentiel.

Collaboration interdisciplinaire

Ce travail de Bachelor a démontré l'importance de la collaboration interdisciplinaire au sein de la prise en charge d'adolescents souffrant de troubles psychiques. Ce type de problématique requiert la collaboration de professions de divers domaines tels que celui du social, de la santé, de la pédagogie, des soins.

Les entretiens effectués avec les professionnels ont quant à eux révélé d'importantes disparités dans le réseau des institutions valaisannes. Je pense qu'il serait également pertinent de poursuivre ce Travail de Bachelor en approfondissant cet aspect de la collaboration entre les institutions valaisannes, de mettre en évidence ce qui est mis en place en termes de communication interinstitutionnelle.

Rôle de la famille des adolescents souffrant de troubles psychiques

« [...] Il faut savoir que l'une des caractéristiques des troubles psychiques est une évolution en dents de scie ; crises, périodes de tension, accalmie, peuvent se succéder dans des laps de temps plus ou moins longs, faisant naître successivement l'inquiétude, l'espoir, puis le découragement et la lassitude, ce qui est source de beaucoup de difficultés et de déceptions quand cela est vécu sur plusieurs années »⁸⁹.

Comme le souligne Philippe Jeammet et Denis Bochereau, les troubles psychiques ont des répercussions lourdes et non-négligeables sur la vie de l'adolescent mais, également sur celle de sa famille et de son entourage. Cet aspect n'a pas été directement développé dans mon Travail de Bachelor. Toutefois, l'importance du travail, de la collaboration avec la famille de l'adolescent a été à plusieurs reprises soulignée par les éducateurs sociaux que j'ai interrogés. C'est pourquoi, je pense qu'il serait intéressant d'axer une recherche sur le rôle joué par la famille, sur la place qui leur est accordée au sein de la prise en charge.

Témoignages des adolescents souffrant de troubles psychiques

Lors de mon projet de Travail de Bachelor, il m'avait paru intéressant d'interroger directement des adolescents souffrant de troubles psychiques plutôt que les professionnels qui les prennent en charge. Malheureusement, cette démarche n'a pas abouti car elle comportait trop de risques. En effet, la première tâche à réaliser était d'obtenir les autorisations des personnes compétentes afin d'accéder aux adolescents institutionnalisés, soit l'accord de :

- Leur(s) parent(s) ou représentant légal.
- La direction de la structure qui les accueille.

Mais, il était avant tout indispensable d'obtenir le consentement des adolescents. Il me paraissait pratiquement improbable que des jeunes étant dans une souffrance psychique aient

⁸⁹ JEAMMET, P, BOCHEREAU, D. *La souffrance des adolescents : quand les troubles s'aggravent : signaux d'alerte et prise en charge*. Paris : La Découverte, 2007. 175 p.

l'envie, la force de répondre à mes questions. J'avais peur que ma démarche ne soit trop intrusive. Toutefois, je pense qu'il aurait été très intéressant de récolter le témoignage de ceux-ci car ils sont ainsi dire au centre de mon questionnement.

Association valaisanne d'entraide psychiatrique⁹⁰

Durant cette partie de ma recherche, j'ai découvert qu'il existait une association valaisanne d'entraide psychiatrique (AVEP), à Monthey. Cette association a été créée, en 2005, pour les personnes concernées par la maladie psychique ainsi que pour leur proche. Le Groupe Valaisan d'Entraide Psychiatrique propose une permanence d'accueil, des groupes de rencontre, des groupes de parole, des soirées thématiques, des sorties loisirs, des groupes informatique, etc. De nombreuses actions de sensibilisation, de prévention, mais aussi d'intégration et de socialisation des personnes souffrant de troubles psychiques ainsi que de leur proche sont également mis en place par cette association valaisanne d'entraide psychiatrique. Il m'a paru essentiel de présenter cette association car je pense qu'elle répond à un réel besoin. En effet, tout au long de mon Travail de Bachelor, j'ai pu me rendre compte des souffrances que peuvent engendrer les maladies psychiques autant au niveau des adolescents ayant des troubles psychiques que pour l'entourage, la famille de ceux-ci. Je pense donc que ces mouvements associatifs apportent un soutien, une aide importante et non-négligeable à toutes les personnes confrontées à la problématique de la souffrance psychique.

Structure valaisanne adaptée aux enfants

Au cours de ma recherche, j'ai pu constater qu'il n'y a pas, en Valais, d'établissement spécifiquement adapté aux enfants souffrant de troubles psychiques. Il me paraîtrait intéressant de pouvoir déterminer, à l'aide d'une étude scientifique, si la création d'une telle structure répondrait à un réel besoin, au niveau valaisan.

J'ai relevé deux déclarations émises par le Docteur Denis Bochereau et le Professeur Philippe Jeammet qui m'ont incité à présenter cette piste d'action concernant une structure valaisanne spécifique pour les enfants souffrant de troubles psychiques :

« L'émergence d'un trouble à l'adolescence viendra toujours signaler un dysfonctionnement, une fragilité particulière que l'on n'avait pas remarqués au cours de l'enfance ou qui se révèlent à la faveur du bouleversement pubertaire »⁹¹.

« Il faut pourtant insister sur une réalité incontournable : dans le cas d'un trouble psychique, plus la prise en charge est précoce et rapide, plus le pronostic d'évolution est favorable »⁹².

9. Réflexion personnelle

Il me tenait à cœur d'aborder la conclusion de mon étude en présentant mes réflexions personnelles. A travers ce chapitre, j'ai tenté de décrire des sentiments, des impressions, des perceptions qui me sont propres.

Durant mes rencontres avec les divers professionnels, j'ai été à plusieurs reprises interpellée par leurs témoignages. Ils m'ont fait part de certaines difficultés qu'ils rencontrent à travers la prise en charge d'adolescents souffrant de troubles psychiques. J'ai été touchée par la

⁹⁰ Ces informations proviennent du site internet officiel de cette association que j'ai référencé dans la bibliographie de mon Travail de Bachelor (cf. Chapitre 10, point 10.4).

⁹¹ JEAMMET, P, BOCHEREAU, D. *La souffrance des adolescents : quand les troubles s'aggravent : signaux d'alerte et prise en charge*. Paris : La Découverte, 2007. 83 p.

⁹² Ibid. 81 p.

sincérité et l'authenticité de leurs déclarations. Je pense que cela m'a particulièrement marqué car leurs propos produisaient une réelle résonnance en moi. En effet, lors de mes expériences de formation pratique, je me suis fréquemment sentie limitée dans mes interventions éducatives lorsque l'adolescent en question souffrait de troubles psychiques. Ces moments m'ont amené à remettre en question mes compétences concernant la prise en charge de ce type de population. J'ai relevé quelques exemples recueillis durant les entretiens afin d'illustrer ma réflexion :

« Quelques fois, je me sens désarmée par rapport à cette réalité parce que c'est des troubles qui sont tellement difficiles à cerner. On ne peut pas mettre un nom dessus, on ne peut pas mettre des mots dessus et on ne peut pas soigner comme cela. Donc, des fois, c'est vraiment difficile de gérer parce qu'on ne sait pas trop comment être avec ce jeune et comment agir. Donc oui, il y a des moments où c'est difficile, on ne sait plus trop où on en est et qu'est ce qu'on peut mettre en place » (entretien n¹, question 1.2). Je me suis également aperçue que les adolescents nous confrontent souvent à nos propres limites, nous poussant ainsi sans cesse à nous remettre en question.

« D'un côté, je me sens tout le temps limité, partout, parce que j'ai toujours l'impression que l'on pourrait faire plus, que l'on pourrait faire différemment. Mais, de l'autre côté, il y a une réalité qui est là et on ne peut pas aller contre cette réalité. Donc, c'est aussi de composer avec cette réalité » (entretien n², point 3). Je trouve cette déclaration très intéressante car elle touche à la notion de réalité. Je pense aussi qu'à trop vouloir lutter contre cette réalité, on prend le risque de perdre toute notion de celle-ci. Toutefois, il n'est pas forcément simple de composer avec les ressources que l'on possède, d'accepter le fait que l'on pourrait faire plus ou tout au moins différemment, si la réalité institutionnelle, professionnelle était autrement.

« Il y a parfois des lacunes. Parfois, franchement, il manque des solutions. Il y a des situations particulières où c'est que finalement, cela ne va pas avec la famille, cela ne va pas avec l'institution. Alors, on ne sait pas trop où les mettre. Alors là, les familles d'accueil, ce qui est assez difficile à trouver, d'ailleurs, soyons clair. Autrement, des foyers de jeunes travailleurs. Cela dépend. Là, il y a tout un pant du réseau qui est un peu défectueux. Il nous manque des choses. Des centres d'accueil un peu plus ouverts qui nous permettraient pour un temps ou pour du plus long terme ou pour des jeunes qui sont en apprentissage, par exemple. Il y a quelques lacunes-là, il y a des choses à améliorer. Mais, on y travaille. Enfin, j'espère qu'aussi politiquement, ils y travaillent. Je ne sais pas » (entretien n³, question 4.4). Cet éducateur social aborde le thème de l'accessibilité aux soins. Lorsque j'ai débuté mon projet de Travail de Bachelor, c'était l'interrogation centrale de celui-ci. J'avais formulé mes questionnements de la sorte :

- Quel type de population adolescente est pris en charge en psychiatrie valaisanne ?
- Quelles pathologies sont dirigées en psychiatrie valaisanne ?
- Comment et pourquoi sont dirigés des (certains) adolescents en psychiatrie valaisanne ?
- Quels sont les motifs de leur placement ?
- Quels sont « les critères » d'admission ?

Suite aux différentes rencontres avec notamment ma directrice de Travail de Bachelor ainsi qu'avec Mme Jeannette Schwery, infirmière cheffe du centre valaisan de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, je me suis rendue compte qu'il serait plus formateur de traiter des interventions éducatives mises en œuvre auprès des adolescents souffrant de troubles psychiques.

Pour conclure ce Travail de Bachelor, je tiens à nouveau à remercier les sept éducateurs sociaux qui m'ont accordé de leur temps et qui m'ont ainsi partagé leur quotidien, leur

ressenti, leurs émotions, leurs expériences, leurs réussites, leurs satisfactions, leurs doutes. Merci à vous pour votre sincérité et votre authenticité. J'espère avant tout que ma recherche aura permis de mettre en valeur la qualité de leur prise en charge auprès d'adolescents souffrant de troubles psychiques ainsi que l'importance de celle-ci.

Je déclare avoir mené seule cette étude et mentionné toutes les sources auxquelles j'ai eu recours.

10. Bibliographie

10.1 Ouvrages

- BAUDELAIRE, Charles. *Les Fleurs du Mal*. Paris : Classiques Bordas, 2003. 279 p.
- BOURCET, Stéphane, TYRODE, Yves, RASCLE, Catherine. *Les troubles de l'adolescence*. Paris : Ellipses, 2001. 105 p.
- BRACONNIER, Alain, CHILAND, Colette, CHOQUET, Marie. *Traiter à l'adolescence : l'adolescent : un patient pas comme les autres*. Paris : Masson, 2002. 87 p.
- BRACONNIER, Alain. [et al.]. *Soigner, protéger, punir : adolescentes, adolescents*. Paris : Bayard, 1999. 148 p.
- BRACONNIER, Alain, MARCELLI, Daniel. *L'adolescence aux mille visages*. Paris : Odile Jacob, 1998. 249 p.
- COSLIN, Pierre G. *Psychologie de l'adolescent*. Paris : Armand Colin, 2006 (2^{ème} édition). 185 p.
- DELBROUCK, Michel. *Psychopathologie : manuel à l'usage du médecin et du psychothérapeute*. Bruxelles : De Boeck Université, 2007. 627 p.
- DUCLOS, Germain, LAPORTE, Danielle, ROSS, Jacques. *L'estime de soi des adolescents*. Montréal : Hôpital Sainte-Justine, 2002 (édition abrégée). 85 p.
- DUMAS, Jean E. *Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent*. Bruxelles : De Boeck Université, 2002 (2^{ème} édition). 460 p.
- FERRARI, Pierre, EPELBAUM, Catherine. *Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*. Paris : Médecin-Sciences Flammarion, 1993. 572 p.
- FIZE, Michel. *L'adolescent est une personne*. Paris : Seuil, 2006. 247 p.
- GOTTRAUX, Martial. [et al.]. *Collaborations dans les professions sociales*. Lausanne : EESP, 1990. 106 p.
- HAYEZ, Jean-Yves. [et al.]. *L'institution résidentielle, médiateur thérapeutique*. Vigneux : Matrice, 1994. 273 p.
- JEAMMET, Philippe, BOCHEREAU, Denis. *La souffrance des adolescents : quand les troubles s'aggravent : signaux d'alerte et prise en charge*. Paris : La Découverte, 2007. 199 p.
- JEAMMET, Philippe. [et al.]. *Adolescences : repères pour les parents et les professionnels*. Paris : La Découverte, 2004 (nouvelle édition). 206 p.
- JEAMMET, Philippe, CORCOS, Maurice. *Evolution des problématiques à l'adolescence : l'émergence de la dépendance et ses aménagements*. Paris : Doin, 2001. 90 p.
- JEAMMET, Philippe. [et al.]. *Adolescences*. Paris : Fondation de France, 1993. 143 p.
- LADAME, François, GUTTON, Philippe, KALOGERAKIS, Michael. *Psychoses et adolescence*. Paris : Masson, 1989. 253 p.
- LAURU, Didier. *La folie adolescente : psychanalyse d'un âge en crise*. Paris : Denoël, 2004. 221 p.

MASLOW, Abraham. *Devenir le meilleur de soi-même : besoins fondamentaux, motivation et personnalité*. Paris : Eyrolles, 2008. 383 p.

MENECHAL, Jean. *Introduction à la psychopathologie*. Paris : Dunod, 1997. 115 p.

MISES, Roger. [et al.]. *La cure en institution : l'enfant, l'équipe, la famille*. Paris : ESF, 1980. 124 p.

POMMEREAU, Xavier. *Quand l'adolescent va mal : l'écouter, le comprendre, l'aimer*. Paris : Jean-Claude Lattès, 1997. 232 p.

RICHARD, François. *Les troubles psychiques à l'adolescence*. Paris : Dunod, 1998. 109 p.

ROQUEFORT, Daniel. *Le rôle de l'éducateur : éducation et psychanalyse*. Paris : L'Harmattan, 1995. 174 p.

ROUSSILLON, René. [et al.]. *Manuel de psychologie et de psychopathologie clinique générale*. Issy-les-Moulineaux : Masson, 2007. 650 p.

TREMOULINAS, Claude. *Les éducateurs en institutions : professionnels de la relation d'aide spécialisée*. Ramonville Saint-Agne : Erès, 1998. 125 p.

WERY, Andrée, JEZIERSKI, Fonny. *Les éducateurs spécialisés*. Bruxelles : De Boeck-Wesmael s.a. 1989. 81 p.

10.2 Articles dans un périodique

BUNTER, Julia. [et al.]. Troubles psychiques et jeunes : quelle prise en charge ? *Le Nouvelliste*, le 19 juin 2009, p. 30-31.

SCHNEIDER, Bernard-Olivier. Voyage au bout de la vie : le suicide des jeunes. *Le Nouvelliste*, le 27 novembre 2008, p. 26.

10.3 Documents audiovisuels

DINDO, Richard (réal.). *Trois jeunes femmes entre la vie et la mort*. [Ressource électronique]. Genève : TSR : Les Hôpitaux Universitaires de Genève (prod.), 2005. 70 min.

DISERENS, Chantal. [et al.]. *La parole aux adolescents : réflexion autour des enquêtes sur la santé des 11-20 ans en Suisse*. [Enregistrement vidéo]. Lausanne : CHUV : CEMCAV (prod.), 2005. 60 min.

10.4 Ressources électroniques

CENTRE HOSPITALIER DU CHABLAIS – RESEAU SANTE VALAIS. « Santé mentale et soins de la souffrance psychique en Valais : concept 2007-2012 ». *Service d'Information Formation et Recherche (SIFoR) : psychiatrie – Gériatrie* [en ligne]. Dernière mise à jour le 06.08.2010.

Adresse URL : <http://www.sifor.org/cms/>
(consultée le 23 août 2010)

ASSOCIATION VALAISANNE D'ENTRAIDE PSYCHIATRIQUE (AVEP)

Adresse URL : <http://www.avep-vs.ch/>
(consultée le 07 octobre 2010)

10.5 Travaux de Bachelor

BARMAZ, Tiphany. *Quelle prise en charge actuelle, en Valais romand, par les éducateurs sociaux des adolescents souffrant de troubles du comportement alimentaire?* [Travail de Bachelor]. Sion : Haute école valaisanne santé-social, 2007. 71 f.

CHAMBOVEY, Laurence. *Les interventions des travailleurs sociaux dans la prise en charge de l'anorexie et de la boulimie chez les adolescents.* [Travail de Bachelor]. Sion : Haute école valaisanne santé-social, 2008, 107 f.

CHEVRE, Corinne, PILLONEL Aline. *Comment les parents vivent-ils l'hospitalisation de leur enfant en psychiatrie ?* [Travail de Bachelor]. Lausanne : Haute école de la santé La Source, 2007. 58 f.

FAFA, Naïma. *Représentations du rôle éducatif des soignants auprès de l'adolescent hospitalisé en milieu psychiatrique.* [Travail de Bachelor]. Lausanne : Haute école de la santé La Source, 2007. 83 f.

MAY, Vincianne. *Des mots pour ces maux : l'accompagnement infirmier d'adolescents suicidants dans un service de pédiatrie hospitalière : entre idéal et réalité.* [Travail de Bachelor]. Lausanne : Haute école de la santé La Source, 2008. 110 f.

10.6 Supports de cours non publiés

GRAU, Christiane. *Techniques d'intervention.* Sierre : Haute Ecole Spécialisée de Suisse occidentale. Documents donnés dans le cadre du module C4 : « Relation à l'autre, individuelle et collective, rapport à soi », 2007.

PITARELLI, Emilio. *Introduction à la psychanalyse.* Sierre : Haute Ecole Spécialisée de Suisse occidentale. Supports de cours distribués dans le cadre du module A2 : « Travail social et action professionnelle », 2007.

SCHWARZEN, Nicole. *L'observation.* Sierre : Haute Ecole Spécialisée de Suisse occidentale. Documents reçus dans le cadre du module A2 : « Travail social et action professionnelle », 2007.

SOLIOZ, Emmanuel. *L'adolescence : considérations générales.* Sierre : Haute Ecole Spécialisée de Suisse occidentale. Supports de cours obtenus dans le cadre du module C4 : « Relation à l'autre, individuelle et collective, rapport à soi », version de 2007 et 2009.

SOLIOZ, Emmanuel. *Approche bio-psycho-sociale des troubles et entraves du développement.* Sierre : Haute Ecole Spécialisée de Suisse occidentale. Documents donnés dans le cadre du module E8-2 : « Approche bio-psycho-sociale des troubles et entraves du développement », 2009.

SOLIOZ, Emmanuel. *Dossier de l'étudiant.* Sierre : Haute Ecole Spécialisée de Suisse occidentale. Supports de cours distribués dans le cadre du module TB2 : « Réalisation du Travail de Bachelor », 2009.

HAUTE ECOLE SPECIALISEE DE SUISSE OCCIDENTALE. *Référentiel de compétences pour la formation Bachelor en Travail Social.* Sierre : Haute Ecole Spécialisée de Suisse occidentale. Document reçu dans le cadre du module d'intégration I, 2008.

10.7 Documents concernant le centre valaisan de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent

WAEBER, Reinhard. *Conférence de presse : centre hospitalier valaisan de psychiatrie pour enfants et adolescents : signature de la convention*. 2002. 3 p.

WAEBER, Reinhard. *Weiterbildungskonzept des Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienstes des Kantons Wallis (KJPD Wallis)*. 10 p.

WAEBER-KALBERMATTEN, Reinhard. *Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent en Valais*. 8 p.

11. Annexes

Annexe A : Les lettres officielles

Annexe B : Le support d'entretien (grille d'entretien)

Annexe C : La grille de dépouillement des données

Jenny Caroline
Etudiante en troisième année
Haute Ecole Spécialisée de Suisse occidentale (HES-SO//Valais)
Filière Travail Social
Avenue de la gare 9
1950 Sion
079/653.37.06
caroline.jenny@students.hevs.ch

Sion, le 04 février 2010

Concerne : demande d'autorisation
--

Madame, Monsieur,

Dans le cadre de mon travail de Bachelor, je me permets de vous solliciter afin d'obtenir l'autorisation de mener un entretien avec un voire deux éducateurs sociaux exerçant dans votre institution.

J'effectue actuellement ma recherche sur la thématique des « troubles psychiques à l'adolescence » et de ce fait je m'intéresse aux interventions spécifiques des éducateurs sociaux face à ces adolescents. Mon travail de Bachelor a pour thème « **Comment diriger la prise en charge éducative, dans le cadre de la démarche thérapeutique institutionnelle mise en œuvre, pour répondre aux besoins des adolescents souffrant de troubles psychiques ?** ». Ce travail de recherche doit permettre de:

- ✚ Identifier les besoins et les ressources des adolescents souffrant de troubles psychiques.
- ✚ Identifier le cadre de la prise en charge éducative dans les démarches thérapeutiques mises en œuvre auprès d'adolescents institutionnalisés, en Valais.
- ✚ Déterminer les techniques et les méthodes utilisées par l'éducateur social dans la prise en charge des adolescents en institutions valaisannes.

Il va de soi que je me tiens à votre entière disposition pour vous fournir tous les renseignements complémentaires que vous pourriez désirer.

En vous remerciant de l'attention que vous porterez à ma demande et dans l'attente d'une réponse de votre part, je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, mes salutations respectueuses.

Caroline Jenny

Le masculin ou le féminin est ici à entendre au sens de neutre, s'appliquant aux deux genres.

Direction du travail de Bachelor, Mme Patricia Pham, professeur à la HES-SO//Valais, patricia.pham@hevs.ch.

Haute Ecole Spécialisée de Suisse occidentale
Travail de Bachelor
Jenny Caroline, étudiante en Travail Social

Sion, le 10 février 2010

Concerne : formulaire de consentement
--

Titre du travail de Bachelor : « *Passage à Vi-e : l'accompagnement d'un adolescent qui se construit* ».

Question de recherche : « Comment diriger la prise en charge éducative, dans le cadre de la démarche thérapeutique institutionnelle mise en œuvre, pour répondre aux besoins des adolescents souffrant de troubles psychiques ? ».

Etudiante responsable de l'étude : Caroline Jenny, en formation à la Haute Ecole Spécialisée de Suisse occidentale, Sierre, promotion 2007.

Objectifs de ma recherche :

- ✚ Identifier les besoins et les ressources des adolescents souffrant de troubles psychiques.
- ✚ Identifier le cadre de la prise en charge éducative dans les démarches thérapeutiques mises en œuvre auprès d'adolescents institutionnalisés, en Valais.
- ✚ Déterminer les techniques et les méthodes utilisées par l'éducateur social dans la prise en charge des adolescents en institutions valaisannes.

Le soussigné :

- Certifie avoir été informé sur le déroulement et les objectifs de l'étude mentionnée ci-dessus.
- Affirme avoir lu attentivement et compris les informations écrites fournies en annexe, informations à propos desquelles il a pu poser toutes les questions qu'il souhaitait.
- Atteste qu'un temps de réflexion suffisant lui a été accordé.
- A été informé qu'il pouvait interrompre à tout instant sa participation à cette étude sans préjudice d'aucune sorte.
- Consent à ce que les données recueillies pendant l'étude puissent être transmises à des personnes extérieures (Haute Ecole Spécialisée de Suisse occidentale, par exemple), l'anonymat et la confidentialité de ces informations étant sauvegardées.
- Certifie être d'accord à ce que l'entretien soit enregistré et retranscrit afin de contribuer à la recherche.

Le soussigné accepte donc de participer à l'étude mentionné dans l'en-tête :

Lieu :

Date :

Signature :

Le masculin ou le féminin est ici à entendre au sens de neutre, s'appliquant aux deux genres.

Le support d'entretien

Données personnelles

Formation(s) professionnelle(s) :

Expérience(s) professionnelle(s) :

Lieu de travail (type de population du groupe éducatif, nombre d'années) :

Cadre général de l'entretien

Date :

Lieu :

Durée :

Moyen auxiliaire :

Déroulement :

Ambiance :

Emotion(s) :

Grille d'entretien

Grille d’entretien		
Question de recherche	Comment diriger la prise en charge éducative, dans le cadre de la démarche thérapeutique institutionnelle mise en œuvre, pour répondre aux besoins des adolescents souffrant de troubles psychiques ?	
Hypothèses de recherche	<ul style="list-style-type: none">- <i>J'é mets l'hypothèse que</i> l'éducateur social qui prend en charge des adolescents doit posséder les connaissances théoriques liées aux différents troubles psychiques et au développement de la personne humaine en lien avec le processus d'adolescence.- <i>J'é mets l'hypothèse que</i> les adolescents souffrant de troubles psychiques ont des besoins spécifiques dus notamment au cadre de vie dans les structures.- <i>J'é mets l'hypothèse que</i> la prise en charge éducative joue un rôle indispensable dans la démarche thérapeutique institutionnelle et que cette réponse éducative est liée à une action pluridisciplinaire efficiente.	
Objectifs de recherche	<ul style="list-style-type: none">- Identifier les besoins et les ressources des adolescents souffrant de troubles psychiques.- Identifier le cadre de la prise en charge éducative dans les démarches thérapeutiques mises en œuvre auprès d'adolescents institutionnalisés, en Valais.- Déterminer les techniques et les méthodes utilisées par l'éducateur social dans la prise en charge des adolescents en institutions valaisannes.	
Thèmes	Questions principales et relances	Eléments de cadre théorique (indicateurs)
La souffrance des adolescents	<u>1. Sous quelle(s) forme(s) se manifeste la souffrance des adolescents ayant des troubles psychiques ?</u> 1.1 Comment comprenez-vous cette souffrance ? 1.2 Qu'est-ce qui vous permet de la gérer au quotidien ?	3.1.2 Les troubles psychiques à l'adolescence.

<i>Les besoins des adolescents</i>	<p><u>2. Quels sont les besoins des adolescents institutionnalisés auprès desquels vous intervenez ?</u></p> <p>2.1 Manifestent-ils leurs besoins ?</p> <p>- Si oui, pouvez-vous me décrire de quelles manières ?</p> <p>- Si non, comment parvenez-vous à identifier leurs besoins ?</p> <p>2.2 Quelles ressources, quels moyens possédez-vous afin de répondre à leurs besoins ?</p>	<p>3.1.1 Le développement de l'adolescent.</p> <p>3.1.3 L'hospitalisation en psychiatrie des 12-18 ans.</p>
<i>La démarche thérapeutique sous l'angle éducatif</i>	<p><u>3. Pouvez-vous me décrire votre fonction, votre rôle d'éducateur social au sein du groupe éducatif ?</u></p> <p>3.1 En quoi consiste votre action éducative auprès d'adolescents souffrant de troubles psychiques ?</p> <p>3.2 Quels sont les modèles, les approches sur lesquels s'axent vos interventions éducatives ?</p> <p>3.3 Quelles sont les méthodes et les techniques qui vous sont utiles dans la prise en charge éducative ?</p>	<p>3.2.1 La fonction éducative.</p> <p>3.2.2 La prise en charge éducative des adolescents souffrant de troubles psychiques.</p>
<i>La collaboration interdisciplinaire</i>	<p><u>4. Comment qualifierez-vous la notion de « collaboration interdisciplinaire » ?</u></p> <p>4.1 Collaborez-vous avec diverses professions au sein de l'institution ?</p> <p>- Si oui, pouvez-vous me préciser lesquelles ?</p> <p>4.2 En tant qu'éducateur social collaborez-vous avec des professionnels externes à votre institution ?</p> <p>4.3 Quel rôle joue le travail interdisciplinaire dans votre réalité professionnelle ?</p> <p>4.4 Est-ce que l'établissement, où vous exercez, collabore avec d'autres institutions valaisannes ?</p> <p>- Si oui, pouvez-vous me les nommer ?</p>	<p>3.2.3 La collaboration interdisciplinaire.</p>
	Désireriez-vous ajouter quelque chose ?	

L'utilisation du masculin ou du féminin est ici à entendre au sens de neutre, s'appliquant aux deux genres.

Grille de dépouillement des données

Question de recherche	Comment diriger la prise en charge éducative, dans le cadre de la démarche thérapeutique institutionnelle mise en œuvre, pour répondre aux besoins des adolescents souffrant de troubles psychiques ?						
Hypothèses de recherche	<ul style="list-style-type: none"> - <i>J'é mets l'hypothèse que</i> l'éducateur social qui prend en charge des adolescents doit posséder les connaissances théoriques liées aux différents troubles psychiques et au développement de la personne humaine en lien avec le processus d'adolescence. - <i>J'é mets l'hypothèse que</i> les adolescents souffrant de troubles psychiques ont des besoins spécifiques dus notamment au cadre de vie dans les structures. - <i>J'é mets l'hypothèse que</i> la prise en charge éducative joue un rôle indispensable dans la démarche thérapeutique institutionnelle et que cette réponse éducative est liée à une action pluridisciplinaire efficiente. 						
Objectifs de recherche	<ul style="list-style-type: none"> - Identifier les besoins et les ressources des adolescents souffrant de troubles psychiques. - Identifier le cadre de la prise en charge éducative dans les démarches thérapeutiques mises en œuvre auprès d'adolescents institutionnalisés, en Valais. - Déterminer les techniques et les méthodes utilisées par l'éducateur social dans la prise en charge des adolescents en institutions valaisannes. 						
Données personnelles	Entretien 1	Entretien 2	Entretien 3	Entretien 4	Entretien 5	Entretien 6	Entretien 7
Formation sociale professionnelle	Diplôme HES d'éducatrice sociale	Diplôme HES d'éducateur social	Diplôme HES d'éducateur social	Diplôme HES d'éducateur social	Diplôme HES d'éducateur spécialisé	Diplôme HES d'éducateur social	Bachelor en Travail Social
Lieu de travail et nombre d'années	Institut Don Bosco (4 ans)	Kinderdorf (10 ans)	CVPEA (3 ans)	La Castalie (4 ans)	AEMO (17 ans)	Centre ORIF (3 ans)	Institut St-Raphaël (2 ans)

Thèmes								
1.	Manifestation(s) de la souffrance	<ul style="list-style-type: none"> -Crises incontrôlables -Troubles du comportement 	<ul style="list-style-type: none"> -Manque de structure - Grand manque de confiance en soi et de confiance aussi vis-à-vis de l'autre -Peurs -Sentiment d'incompréhension -Comportements phobiques -Tics 	<ul style="list-style-type: none"> -Dépression -Déprime -Isolement -Solitude -Violence envers les autres et envers soi-même -Sentiment d'exclusion et d'incompréhension de son état -Angoisses -Tentamen -Phobie scolaire -Troubles alimentaires plutôt de type anorexique -Difficultés familiales -Conflits relationnels 	<ul style="list-style-type: none"> -Troubles du comportement -Agressivité principalement verbale, envers les pairs et un petit peu envers les éducateurs ou les éducatrices -Problèmes de comportement physique 	<ul style="list-style-type: none"> -Problèmes de comportement -Attitudes de distance affective et relationnelle -Consommation assez effrénée voire dangereuse -Eloignement de la vie sociale -Désintérêt et démotivation professionnelle -Manque d'intérêt aussi en ce qui concerne le sport -Retrait du monde 	<ul style="list-style-type: none"> -Problèmes cognitifs -Difficultés à évoluer en groupe -Difficultés à comprendre le but de leur placement ainsi que les objectifs fixés -Déconnection de la réalité -Difficultés comportementales -Traits autistiques -Manque de cohérence 	<ul style="list-style-type: none"> -Crises d'anxiété -Etats dépressifs -Baisse de motivation -Craintes -Peurs -Mises en danger -Tentamen -Automutilations -Fugues -Comportements à risque -Discours répétitifs -Manque de confiance en soi -Mauvaise estime de soi -Angoisses -Troubles du comportement
1.1	Compréhension de la souffrance	« Je comprends que le jeune n'arrive pas à gérer ses émotions. Donc, j'ai l'impression que cela est une non-gestion de ses émotions et de ses frustrations ou alors un décuplement de tout cela ».	« Je la vois, toujours un petit peu en tant que symptôme ». « Le jeune essaie de me dire quelque chose à travers ces manifestations et après de le comprendre, c'est individuel à chaque situation ». « J'essaie de faire des liens, ce n'est pas des liens de cause à effet mais,	« Je la comprends individuellement, il n'y a pas de règles pour la comprendre ». « Je la relie. Parfois, je peux faire des liens et parfois pas parce qu'elle est hormonale et chimique. Mais, c'est vrai que cela est rarement hormonal et chimique, il y a	« Ce sont des jeunes qui ont un parcours de vie relativement chaotique à porter ». « C'est des jeunes qui sont suffisamment conscients de leurs difficultés ce qui augmente aussi leur souffrance. Donc, cela est une souffrance supplémentaire et	« C'est une attitude essentiellement, en fait, de protection, de protection de soi. Soit, ils ne se sentent pas à niveau, soit, ils ne se sentent pas reconnu ».	« Tous les apprentis que j'ai suivis, qui ont, ce genre de problématique, ne s'en rendent pas compte, pas forcément compte tout de suite ». « C'est plus un mal-être qui se retrouve d'abord physiquement et après il s'actualise, il réalise, on va dire ».	« J'essaie de la comprendre par le biais de la communication donc, c'est-à-dire prendre du temps avec la personne, se poser dans un endroit qui est hors contexte institutionnel ».

			qu'est-ce qui peut amener, qu'est-ce qui peut soulager, qu'est-ce qui peut aider, comment on peut rassurer la personne » ?	souvent un contexte systémique. Il y a souvent un système qui défaille quelque part, l'environnement, l'encadrement ».	cette souffrance-là, elle entraîne des révoltes, des comportements qui sont déviants par rapport à la norme ».			
1.2	Gestion de la souffrance	« Déjà, l'appui et le soutien des collègues, de pouvoir se passer le relais quand on arrive plus ». « La collaboration avec les membres du CVPEA et du CDTEA. On peut en discuter avec le personnel afin d'avoir des pistes et de relayer ».	« J'essaie de lui donner un sens et de comprendre celui-ci ».	« C'est de nouveau au cas par cas mais, l'empathie, l'écoute ». « Aussi de proposer des choses, de respecter aussi l'intimité par moment ». « C'est aussi de rendre la souffrance légitime, de la reconnaître ».	« C'est d'avoir de la compréhension pour leur parcours. C'est-à-dire, déjà de valider toute cette souffrance qu'ils ont en eux ». « C'est de leur dire que je comprends leur situation, qu'ils ont vécu des choses très difficiles dans la vie ».	« De pouvoir en parler régulièrement (supervision) ». « J'essaie de prendre du temps ». « Je trouve très important qu'il y ait un encadrement ou plutôt une vision d'ensemble qui se fasse, un réseau ».	« Le relationnel ». « On a un psychologue au centre. Il y a cette possibilité, si l'apprenti est vraiment mal ». « On va essayer de débriefer tous les soirs, comprendre ce qu'il s'est passé dans la journée, approfondir, voir ce qu'il ressent ».	« J'essaie de sortir de l'internat et qu'on aille se poser un peu à quelque part de tranquille et puis, on discute. Je lui demande qu'il m'explique ce qui se passe pour que je puisse comprendre et puis, après, trouver des pistes ».
2.	Besoins des adolescents	-Besoin que l'on s'occupe d'eux -Besoin d'un cadre -Besoin de limites -Besoin de se sentir en sécurité -Besoin d'avoir une relation avec l'adulte autre que par la confrontation et la violence -Besoin d'écoute -Besoin d'affection -Besoin de se faire valoriser	« Je pense qu'il y en a beaucoup ». -Besoin de construire un lien -Besoin d'être compris -Besoin de collaboration avec les parents -Besoin d'être confronté	« Les besoins cela dépend où ils se situent dans leur développement et dans leur souffrance ». -Besoin d'un lieu de sécurité, d'un lieu où ils peuvent se poser -Besoin d'un cadre -Besoin de la norme -Besoin de reconnaissance -Besoin de repos -Besoin de calme -Besoin de pouvoir se projeter	-Besoin de reconnaissance, de reconnaître leur souffrance -Besoin d'appartenance (besoins sociaux, pouvoir vivre en groupe, pouvoir avoir des relations) -Besoin de sécurité, de sécurité affective	-Besoin de sécurité -Besoin de vérifier la solidité de la relation, du lien qui s'est établi	-Besoin affectif -Besoin éducatif -Besoin d'un soutien scolaire	-Besoin d'être écouté, besoin d'être entendu par une personne adulte -Besoin d'un espace qui leur appartient, juste de repos -Besoin d'une thérapie -Besoin d'attention -Besoin de temps, qu'on leur accorde du temps -Besoin d'un espace privilégié de dialogue avec l'adulte -Besoin de créer un

				-Besoin de pouvoir construire un projet pour l'avenir				lien parce que la confiance est difficile en l'adulte
2.1	Manifestation des besoins	« Ils manifestent leurs besoins par la violence, que cela soit par de la violence verbale ou de la violence physique, parfois ». « Certains sont aussi amorphes un petit peu, on ne sait pas trop ce qu'ils pensent. On sent qu'ils sont très renfermés ». « C'est beaucoup par le comportement, par l'attitude en général, par la façon d'être, de parler, par le comportement global que l'on peut voir, plus qu'à travers des mots ».	« Souvent, la manifestation de leurs besoins est pas du tout clair. C'est souvent un besoin qui en cache un autre ». « Le jeune fait beaucoup d'actions pour justement cacher un petit peu ses souffrances ou ses besoins ». « Ils manifestent leurs besoins, cela est sûr. Mais, il faut souvent traduire ».	« Ils les manifestent mais, ils ne les formulent pas. Ils le formulent pas avec des mots ». « Les besoins des jeunes peuvent se manifester sous forme de violence verbale et physique, d'automutilations. On en revient un peu aux symptômes ».	« Ils ne font pas part verbalement de leurs besoins ». « Ils font part de certaines choses mais souvent, il y a quelque chose d'autre sous-jacent ». « Les besoins s'expriment plus par le comportement et c'est souvent à nous de décoder ». « De toute manière, il y a une expression d'un besoin mais, c'est rarement verbale ».	« Justement par le lien qui va s'établir, ce n'est pas par ce qui est dit. C'est au travers de ce qui va s'établir entre nous, entre lui et moi ».	« Si ils le manifestent, c'est par du non-verbal ». « Donc, des fois, ils arrivent, ils sont complètement explosés, cela gueule dans tous les sens. Des fois, au contraire, ils sont tristes et renfermés. » « Pour l'instant, de ceux qui s'expriment verbalement, j'en ai presque pas vu, voire pas vu ».	« Ils ne les verbalisent pas. Pour moi, c'est dans la communication non-verbale, paraverbale ». « C'est surtout des manifestations par des actes. Ils s'expriment physiquement pour attirer l'attention ». « Pour d'autres, il y a la mise en échec d'un stage, qu'ils ne se réveillent pas le matin, des fugues à répétition, des tentatives pour certains, des automutilations, des choses comme cela ». « Il y a une multitude de facteurs, de signaux d'alerte. Je pense qu'il y a beaucoup plus de signaux physiques, enfin non-verbales et paraverbales que verbales ».
2.2	Ressources et	-Collaboration avec des psychologues et	-Réseau (famille ou membres de la	-Identification claire des besoins	-Observation personnelle directe	-Patience -Intérêt	-Médiation -Discussion	-Balance « éducatif-thérapeutique »

	moyens	des pédopsychiatres externes ainsi qu'avec le planning familial -Objectifs fixés avec le jeune -Sanction -Isolement -Reprendre la situation avec le jeune, aller jusqu'au bout -Parole -Collègues -Colloque d'équipe	famille) -Travail interdisciplinaire -Personnes ressources comme le thérapeute ou la psychologue -Structure (internat)	-Temps -Prise en charge individuelle et de groupe -Cadre (règles individuelles à chacun) -Entretiens individuels -Suivi personnalisé	-Observation et feedback des collègues -Jeunes -Psychologue de l'institution -Colloque d'équipe -Equipe pluridisciplinaire -Communication -Réactivité -Adaptation -Souplesse -Distance émotionnelle	-Ecoute -Valorisation, valorisation de l'effort -Reconnaissance de ce qui a été fait -Relation -Communication -Temps	-Théorie sur le développement de l'adolescent -Psychologue du centre -Dossiers (anamnèse) des jeunes -Psychologues ou psychiatres externes	-Moi-même -Collaboration -Thérapie -Médication
3.	Fonction et rôle d'éducateur social	« On a à peu près cinq jeunes de référence qu'on suit. Notre fonction c'est de fixer des objectifs avec ces jeunes ». « Notre fonction c'est aussi de les suivre au jour le jour, de pouvoir agir quand cela ne va pas, de pouvoir féliciter quand cela va bien ». « C'est aussi à nous de faire des demandes Assurance Invalidité et il faut aussi parfois les aider à trouver une place de stage. Donc, notre	« Mon mandat c'est d'accompagner ces jeunes qui sont entre l'école obligatoire et une place d'apprentissage, justement vers une place d'apprentissage ». « Je trouve que vis-à-vis de chaque jeune cela peut varier et cela doit varier. Donc, on ne peut pas, pour moi, avoir un rôle, une fonction qui est la même pour tous les jeunes ».	« J'ai le même rôle que mes collègues infirmiers, globalement ». « Après, en concret, sur le terrain, j'anime des ateliers, au même titre que mes collègues, je fais des entretiens individuels, je participe aux entretiens de famille également, j'ai des jeunes en référence. Le cahier des charges est le même ». « Je fais du soutien au quotidien mais, j'essaie d'être le guide, d'être la ligne, de pouvoir me projeter avec le	« On travaille l'autonomie, l'autonomie affective entre aussi là-dedans. Quand je dis autonomie, c'est l'autonomie vestimentaire, la gestion des affaires personnelles, la capacité aussi de se préparer un petit repas, de faire la vaisselle. Mais, l'autonomie relationnelle aussi, la capacité peut être à être dans un milieu, être en relation avec des gens extérieurs à la Castalie ». « Donc, en gros, mon travail c'est	« Cela dépend un peu du mandat ». « Au niveau pénal, c'est plus centré sur les comportements, l'évolution, surtout du jeune et aussi de sa famille ». « Avec des familles, je dirais que cela est plus un rôle de conseiller, de soutien, d'écoute, de discussion des choses, beaucoup de renforcements positifs, beaucoup de valorisation des compétences ». « Je vais plutôt travailler sur ce qui va bien, plutôt que de continuer à	« Concrètement, c'est de les accueillir, de voir où ils en sont ». « Globalement, tu fais du relationnel, du relationnel dans les activités quotidiennes ». « Après, il y a aussi un soutien parce qu'il y a un côté professionnel et puis un côté social ». « On travaille toujours en collaboration avec les maîtres socioprofessionnels. Là-dessus, il y a aussi tout le contexte familial qui plane aussi ».	« J'ai pour fonction d'apporter une aide et un soutien afin d'accompagner des adolescents en rupture que cela soit sociale, scolaire ou familiale ». « C'est de leur apporter un accompagnement de manière à ce qu'ils puissent avoir un meilleur épanouissement personnel. C'est aussi le leur inculquer les normes sociales, les exigences, les limites d'un adulte, d'un patron, d'un copain ». « Travailler avec les

		<p>fonction c'est de veiller à leur avenir professionnel ».</p> <p>« De leur permettre d'avoir un cadre qui les aide à pouvoir suivre que cela soit, dans un milieu avec un patron, dans une entreprise ou alors dans une école. Et aussi de pouvoir canaliser tous ces comportements et de pouvoir les faire avancer. De leur apprendre à mieux vivre en fait, à mieux respecter les règles et les limites ».</p> <p>« Notre rôle c'est aussi d'être présent tout le temps et puis d'être à l'écoute. De pouvoir montrer qu'on est présent, qu'on est là, qu'on est à l'écoute, qu'on est là pour eux, qu'on est là pour les aider et puis que l'on va prendre le temps pour ».</p>		<p>jeune, de pouvoir construire avec le jeune, avec nos moyens ».</p>	<p>d'amener le jeune à des degrés d'autonomie supplémentaire ».</p>	<p>mettre l'accent sur ce qui va mal ».</p> <p>« Je travaille plutôt sur la patience à longueur de temps, la confiance qui va s'établir ».</p> <p>« Je vais plus prendre une place semi-intérieure, un peu à cheval entre l'extérieur et l'intérieur, pour à la fois dire ce qu'on pourrait voir de l'extérieur et puis, de ce qu'on peut voir de l'intérieur ».</p>		<p>familles aussi, les sensibiliser ».</p> <p>« Dans ma fonction, il y a la collaboration, la prise en charge, l'accompagnement, l'écoute, l'aide, le soutien qu'il soit psychologique comme administratif dans les démarches qu'ils entreprennent ».</p> <p>« Il y a aussi pas mal de coaching quotidien. Ensuite, je dois encadrer des activités sportives et culturelles ».</p> <p>« Je dois veiller à leur sécurité, à leur santé, à leur bien-être, cela fait partie de ma fonction ».</p>
3.1	Action éducative	<p>« C'est de collaborer avec le personnel du CVPEA et les parents du jeune ».</p>	<p>« Je dirais que de nouveau, il n'y a pas qu'un chemin mais, je dirais qu'il y en a plusieurs. Et ».</p>	<p>« C'est aussi important de ne pas être hors de la réalité, ne soyons pas hors réalité en ».</p>	<p>« C'est de leur permettre de gagner en autonomie. Mais, qui dit autonomie, dit aussi ».</p>	<p>« Il y a tout d'abord ce travail d'élaboration ou de permettre d'abord, autant aux enfants ».</p>	<p>« Improvisation, adaptation et travail d'équipe ».</p> <p>« J'essaie aussi de me renseigner ».</p>	<p>« Elle consiste à apaiser ».</p> <p>« Mon action consiste à entendre, à prendre du temps, ».</p>

		afin de trouver une solution ».	puis, c'est vraiment en lien avec la problématique du jeune ». « Il y a vraiment un besoin de les accompagner dans la construction de leur personnalité, de les amener à augmenter leur confiance en eux et dans les autres. « C'est de les valoriser, de souligner les expériences positives ».	étant en institution. De temps en temps, je dois ramener les jeunes dans la réalité, c'est aussi mon rôle ». « Mon action éducative consiste également à identifier les besoins de ces jeunes, de leur donner des pistes ». « J'ai plein de casquettes, en fait. Je change chaque fois. Des fois, je suis la police. Moi, je n'ai pas de problème avec la norme parce que c'est un peu les deux modèles <i>normatif et affectif</i> . Après, c'est un équilibre à trouver, il faut doser ».	confiance ». « Cela est aussi notre rôle de justement leur donner cette confiance et de leur montrer ce qu'ils vont gagner en étant plus autonomes. On essaie un petit peu de les accompagner, de les préparer et de leur donner cette confiance-là, pour oser, oser franchir le pas ». « Donc voilà, il faut les rassurer et il y a un travail qui est fait au niveau de la confiance. On travaille aussi la confiance à travers la valorisation ».	qu'aux parents, d'exprimer tout ce vécu progressivement, au fil de nos rencontres ». « C'est aussi, de permettre au jeune de faire un choix qui lui correspond, d'être revaloriser par les gens qui sont autour de lui ou dans un travail ».	auprès de personnes qui ont travaillé avec ce type de population, des médecins, des psychologues. Mais après, il y a une part que je ne maîtrise pas ».	à pouvoir permettre au jeune de verbaliser certaines choses. Des fois, l'aider à trouver un petit peu les raisons du mal-être et puis lui proposer des alternatives ». « Au besoin aussi, de l'orienter ».
3.2	Modèles et approches	-Prévention -Occupation -Anticipation	-Théorie systémique -Mélange de différents modèles -Feeling	-Modèle systémique	-Approche systémique -Pédagogie par objectifs	-Honnêteté -Sincérité -Ecoute	-Modèle systémique	-Approche systémique
3.3	Méthodes et techniques	-Désamorçage -Rester le plus calme et le plus objectif possible	-Temps -Différentes techniques d'entretien -Activité -Choses du quotidien	-Humilité -Moi-même, moi en tant qu'éducateur avec ma personnalité, ma carte du monde, mon histoire	-Projet à long terme -Lectures -Conférences -Montagne	-Habitue -Vision systémique -Humilité -Patience	-Grilles d'observation -Journal de bord -Communication avec le collègue direct	-Techniques d'entretien -Outils de communication -Techniques de contention -Amour

			-Réalité	-Intégrité -Humour				-Affection -Empathie -Outils systémiques -Outils de gestion de conflit -Lectures -Formations continues -Collègues -Acteurs de la collaboration
4.	Qualification de la collaboration interdisciplinaire	« C'est la cohérence, la discussion, l'écoute, l'honnêteté (de dire les choses comme elles sont, de ne pas les inventer ou de ne pas les minimiser). D'être objectif aussi, de pouvoir simplement poser les difficultés et de dire quand on arrive plus, quand on ne sait plus comment faire. Et puis, de travailler dans le même sens ».	« <i>Interdisciplinaire</i> cela veut dire différentes professions ». « Une collaboration, cela veut dire que l'on fait quelque chose ensemble ».	« C'est des visions, des regards différents. C'est des lunettes avec des couleurs différentes ». « Comment on regarde, sous des angles différents ».	« Je vois la prise en charge de manière globale, que cela soit d'englober les maîtres socioprofessionnels, les enseignants spécialisés, les thérapeutes, etc. On se retrouve aussi des fois, avec un regard différent et ce regard complémentaire permet d'avancer et puis, il donne des pistes supplémentaires aussi ». « C'est un échange de compétences ».	« Cela veut dire justement tenir en compte de tout ce qui est en train de se passer, dans l'ensemble d'une situation ».	« C'est franchement l'idéal de travailler avec les médecins, les psychologues, les assistants sociaux et puis les collègues parce que l'on est une immense institution ». « On travaille aussi énormément avec les maîtres socioprofessionnels donc, une bonne collaboration, c'est la base ».	« C'est un moyen. C'est un moyen qui dans la problématique des troubles psychiques est primordial, nécessaire, parce qu'on se rend compte finalement que, moi, en tant qu'éduc, je suis vite limitée ».
4.1	Collaboration interne	-Maîtres socioprofessionnels -Chef éducateur	-Enseignants -Psychologue -Coordinateur pour les stages professionnels des jeunes	-Infirmiers en psychiatrie -Pédopsychiatres -Psychologue -Art-thérapeutes -Enseignante spécialisée	-Psychologue -Psychiatre -Enseignants spécialisés -Enseignants de la ville de Monthey -Maîtres	-Aucun	-Maîtres socioprofessionnels -Responsable éducatif des structures extérieures -Responsable	-Maîtres socioprofessionnels -Chefs de centre (supérieur hiérarchique)

				-Femmes de ménage	socioprofessionnels -Psychomotricienne -Assistante sociale -Responsable partenariat <i>institution-famille</i>		éducative de l'internat -Enseignants spécialisés -Secrétaires	
4.2	Collaboration externe	-Pédopsychiatres -Psychologues -Assistants sociaux -Juge	-Psychologues -Assistants sociaux	-Enseignants -Assistants sociaux	-Assistants sociaux -Traducteurs -Tuteurs	-Juge -Psychiatres -Policiers -Enseignants -Assistants sociaux -Médiateur de rue -Tuteurs	-Psychologues -Psychiatres -Juge -Tuteurs	-Thérapeutes -Art-thérapeutes -Pédiatres -Pédopsychiatres -Psychiatres -Psychologues
4.3	Rôle du travail interdisciplinaire	« Je trouve que c'est super important et que c'est super utile ». « Un soutien, une aide en plus et puis, une vision neutre, surtout ».	« Un très grand rôle ». « Je trouve que ce travail interdisciplinaire est absolument primordial ».	« Je pense que le travail interdisciplinaire est capital. Je ne peux pas m'imaginer travailler seul, sans une équipe ». « D'objectiver au plus près les situations et la compréhension de celle-ci, d'une part. D'autre part, c'est le soutien, le soutien que l'on peut s'apporter l'un et l'autre, dans les situations difficiles, dans les situations plus tendues ou de crise ».	« C'est essentiel, je ne peux pas imaginer une prise en charge sans collaboration interdisciplinaire ». « Pour moi, je ne pourrais pas avoir une action éducative de qualité, seul ou en utilisant uniquement les ressources de l'équipe éducative ».	« Je dirais quand même un rôle de premier plan. Cela joue un rôle central ».	« On a pas une immense collaboration au sein de l'institution ». « On collabore quand il y a des soucis ».	« Il est primordial ». « Sans cela, je ne vois pas ce que l'on pourrait faire parce que l'on est vite démuni. Sans cela, je ne pourrais pas travailler, cela serait très difficile ».
4.4	Collaboration entre institutions valaisannes	-CVPEA -CDTEA -Planning familial -Centre ORIF	-Office de la Protection de l'Enfance -PZO	-Office de la Protection de l'Enfance -Centres de	-Institut Don Bosco -Institut St-Agnès -FOVAHM -Ateliers St-Hubert	-Hôpitaux psychiatriques pour adolescents -Prisons	-Ligue valaisanne contre la Toxicomanie -Institut Don Bosco	-CVPEA -CDTEA -Hôpital psychiatrique de

		<ul style="list-style-type: none"> -Maison d'éducation au travail Pramont -Institut St-Raphaël 	<ul style="list-style-type: none"> -CVPEA -Centres médicaux-sociaux -Chambres pupillaires -Centre ORIF 	<ul style="list-style-type: none"> consultation ambulatoire -Hôpital psychiatrique de Malévoz -PZO -Communes -Services sociaux -Fondation Cité Printemps -Association la Chaloupe -Institut St-Raphaël -Institut Don Bosco -AEMO -Familles d'accueil 	<ul style="list-style-type: none"> -Centre ORIF -Coop Collombey -CVPEA -Hôpital psychiatrique de Malévoz 	<ul style="list-style-type: none"> -Lieux de détention provisoire -Office de la Protection de l'Enfance -Ecoles -Service de l'intégration -Tribunal des mineurs 	<ul style="list-style-type: none"> -Institut St-Agnès -Institut St-Raphaël -Fondation Cité printemps 	Malévoz
--	--	--	--	---	--	--	---	---------