



Centre Hospitalier de Chaumont

Institut de Formation en Soins Infirmiers
Institut de Formation Aide-Soignant

☎ 03.25.30.70.09 (IFS) - 03.25.30.72.50 (IFAS)
✉ ifsi@ch-chaumont.fr

Région **ALSACE**
CHAMPAGNE-ARDENNE
LORRAINE

participe
au financement
de la formation

Diplôme d'état infirmier

Mémoire de Fin d'Etudes

UE 5.6.S6

**Analyse de la qualité et traitement des données
scientifiques et professionnelles**

Quand jeu et soin cohabitent en pédiatrie.

Jeanne CLAISSE

Sous la direction de : Madame Pascale PARISOT

Date : 13/05/2016

Soutenance le 26 juin 2016



Centre Hospitalier de Chaumont

Institut de Formation en Soins Infirmiers
Institut de Formation Aide-Soignant

☎ 03.25.30.70.09 (IFS) - 03.25.30.72.50 (IFAS)
✉ ifsi@ch-chaumont.fr

Région **ALSACE**
CHAMPAGNE-ARDENNE
LORRAINE

participe
au financement
de la formation

Diplôme d'état infirmier

Mémoire de Fin d'Etudes

UE 5.6.S6

Analyse de la qualité et traitement des données
scientifiques et professionnelles

Quand jeu et soin cohabitent en pédiatrie.

Jeanne CLAISSE

Sous la direction de : Madame Pascale PARISOT

Date : 13/05/2016

Remerciements

Tout d'abord, je tiens à remercier Madame Pascale Parisot, cadre de santé formateur de l'Institut de Formation en Soins Infirmiers de Chaumont, pour m'avoir guidée et conseillée tout au long de la réalisation de mon Mémoire de Fin d'Etude.

Ensuite, je remercie les infirmières et puéricultrices qui ont accepté de répondre à mes questions durant les entretiens.

Ainsi que mes amies Carla, Emma et Elodie qui ont été présente pour moi, tout au long de ces trois années.

Enfin je remercie ma famille qui m'a aidée et soutenue, ma mère et ma sœur qui m'ont apporté une précieuse aide pour la relecture de mon Mémoire.

Liste des abréviations

-ANAES : Agence National d'Accréditation et d'Evaluation en Santé

-ESD : Entretien Semi-Directif

-IRM : Imagerie par Résonance Magnétique

« L'Institut de Formation en Soins Infirmiers de Chaumont n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans ce document. Ces propos sont considérés comme propres à l'auteur et donc énoncés sous son entière responsabilité. »

Sommaire

| | |
|--|-----------|
| Introduction : | 1 |
| I. Situation d'appel | 2 |
| 1 Ce qui m'a interpellée | 2 |
| 2 Description de la situation | 2 |
| II. Motivation personnelle et thème | 3 |
| III. Motivation professionnelle personnelle et sujet | 3 |
| 1 Pourquoi cette situation ? | 3 |
| 2 Liens avec les textes réglementaires | 3 |
| 3 Rapport avec la profession et valeurs professionnelles | 4 |
| 4 Sujet | 5 |
| IV. Intérêt professionnel et cadre contextuel | 5 |
| 1. Intérêt professionnel | 5 |
| 2. Cadre contextuel | 5 |
| V. Question de départ | 7 |
| VI. Concepts envisagés | 8 |
| VII. Cadre conceptuel | 8 |
| 1. Le concept de médiation thérapeutique | 8 |
| 2. Le concept de soin infirmier | 11 |
| VIII. Analyse livresque | 17 |
| IX. Phase exploratoire | 21 |
| X. Analyse des entretiens | 22 |
| 1. Premier entretien | 23 |
| 2. Deuxième entretien | 25 |
| 3. Troisième entretien | 27 |
| 4. Analyse de l'ensemble des entretiens. | 30 |
| XI. Analyse croisée | 32 |
| 1. L'utilisation du jeu permet d'entrer en communication avec l'enfant | 32 |
| 2. Le jeu rassure l'enfant, lui fait oublier ses peurs | 33 |

| | |
|---|-----------|
| 3. Il est utile de rentrer dans l'imaginaire de l'enfant, de s'adapter à l'enfant pour instaurer un climat de confiance | 34 |
| 4. L'implication des parents dans les soins peut s'avérer utile. | 34 |
| XII. Question de recherche..... | 35 |
| Conclusion | 36 |
| Bibliographie | 37 |
| Annexes :..... | 39 |
| Annexes I : Charte européenne de l'enfant hospitalisé..... | 39 |
| Annexe II : Questionnaire des entretiens..... | 40 |
| Annexe III : Retranscription entretien numéro 1 | 42 |
| Annexe IV : Retranscription entretien numéro 2..... | 44 |
| Annexe V : Retranscription entretien numéro 3 | 48 |
| Annexe VI : Tableau d'analyse des ESD n°1 | 51 |
| Annexe VII : Tableau d'analyse ESD n°2..... | 52 |
| Annexe VIII : Tableau d'analyse ESD n°3..... | 54 |

Introduction :

Le jeu tient une place importante dans l'univers de l'enfant. Tout enfant, quel que soit son âge aime jouer.

De nombreux auteurs comme le docteur Winnicott, ont exposé l'importance du jeu chez l'enfant. En effet ce dernier, l'aide à découvrir et à appréhender le monde qui l'entoure, lui fait travailler son imaginaire ; chez l'enfant beaucoup de chose passe par le jeu.

De nombreux milieux tels que les centres de loisir, les crèches, ayant à prendre en charge des enfants utilisent le jeu pour les distraire. Mais quelle est la place du jeu en service de pédiatrie ?

Ce questionnement m'est venu suite à la lecture d'un article publié dans une revue destinée aux professionnels en pédiatrie. Cet article parlait de l'utilisation de divers supports de jeux, utilisés pour expliquer à l'enfant les soins ou examens qu'il sera amené à subir. Il peut ainsi mieux appréhender le soin.

Cet article m'ayant intéressée et passionnée, j'ai voulu développer ce concept et en ai fait le thème de mon mémoire. J'ai donc choisi d'étudier "la place du jeu dans les soins".

Mon projet professionnel étant de devenir puéricultrice, je serai amenée à être en contact permanent avec des enfants, de tout âge, qui peuvent développer une appréhension des soins. De plus au regard de mes valeurs personnelles et professionnelles, un enfant, est pour moi, une personne à part entière, par conséquent, il a le droit d'être pris en charge en tant que tel. Ainsi, je trouve important de chercher des moyens, pour que les soins soient plus agréables pour lui.

Etant issue d'une famille nombreuse et ayant gardé beaucoup d'enfants, j'ai pu constater l'importance que les enfants portaient au jeu et comment la seule vue d'un jouet pouvait capter leur regard et les calmer.

J'exposerai tout d'abord les diverses étapes réflexives qui m'ont amenée à ma question de départ puis j'étudierai les concepts choisis pour enfin réaliser les diverses analyses et exposer ma question de recherche.

I. Situation d'appel

1 Ce qui m'a interpellée

Après avoir lu, un article intitulé « le jeu, un outil pour informer l'enfant et sa famille » paru dans la revue Cahier de la puéricultrice de Mars 2014, il me semblait que l'utilisation du jeu, de jouets était une excellente idée, une véritable médiation pour expliquer les soins aux enfants, pour leur faire visualiser le soin et ainsi leur enlever leurs appréhensions. A la suite de cette lecture, j'ai pris conscience que cette technique n'était pas ou très peu utilisée sur mon lieu de stage, en service de pédiatrie.

2 Description de la situation

A la clinique de l'Espérance, centre hospitalier chrétien de Liège en Belgique, depuis 19 ans, des figurines "Playmobil" sont utilisées pour expliquer à l'enfant qui va être opéré, le trajet qu'il va prendre pour aller de sa chambre au bloc opératoire. Une marionnette chirurgicale est aussi utilisée pour illustrer le déroulement de l'opération. Ces deux techniques permettent à l'enfant de visualiser le soin, et d'appréhender son attitude au cours de celui-ci. L'utilisation de moyens ludiques en préopératoire permet aussi aux parents de l'enfant de voir comment celui-ci va revenir du bloc. Par ailleurs, l'utilisation de poupées ou autres figurines peut permettre à l'enfant d'échanger avec les soignants dans le cadre d'une prise en charge lourde par exemple.

Ainsi l'utilisation, du jeu comme médiation thérapeutique peut permettre à l'enfant d'avoir moins peur du soin ; en effet, comme j'ai pu le constater en stage, tout soin même s'il semble anodin pour le personnel soignant est source de peur et d'anxiété pour l'enfant. Le fait d'expliquer le soin à l'enfant par des moyens ludiques ne serait-il pas plus adapté que de devoir le maintenir fermement pour réaliser le soin convenablement ? L'enfant ne serait-il pas plus calme si le soin était expliqué, s'il l'avait visualisé ? De plus, nous pouvons nous demander :

- Comment expliquer un soin à un enfant ?
- Lui faire visualiser le soin à l'aide de playmobil par exemple, lui permet-il de mieux le comprendre et d'être rassuré ?
- Le jeu lui permet-il de dépasser ses angoisses et ses peurs?

II. Motivation personnelle et thème

Tout d'abord, le domaine des soins chez l'enfant me passionne, j'estime avoir un excellent relationnel avec les enfants. Tous les services en lien avec les enfants m'intéressent, en effet cela fait partie de mon projet professionnel. Ensuite ayant fait un stage en pédiatrie et ayant constaté que les enfants devaient être tenus lors des prises de sang et poses de perfusion par exemple, je me demandais, s'il n'existait pas d'autres moyens pour pouvoir réaliser le soin correctement dans le calme et la sérénité. En lisant cet article, je me suis alors dit que cette technique était intéressante et que cela serait judicieux de travailler sur ce sujet. Cette réflexion me permettra, je l'espère d'élaborer une stratégie, que je pourrai mettre en pratique dans ma vie professionnelle.

Le thème de ce mémoire est le suivant : « la médiation dans les soins ».

III. Motivation professionnelle personnelle et sujet

1 Pourquoi cette situation ?

J'ai choisi cet article paru dans "Cahiers de la Puéricultrice" car il est pertinent et illustre parfaitement les techniques potentiellement utilisables, pour détendre et faire accepter les gestes infirmiers aux enfants. Il met en avant également le bénéfice de cette méthode pour les parents. Il montre aussi que ces techniques ont fait leur preuve. J'ai aussi choisi cet article car je trouvais qu'il proposait une solution intéressante, pour diminuer la peur et l'anxiété que rencontre un enfant face à un soin, ainsi que j'ai pu le constater en stage. De plus, je trouve que cette technique peut être un bon médiateur thérapeutique ce qui nous permettrait de réaliser les soins sans devoir contenir ni imposer brutalement le soin à l'enfant.

2 Liens avec les textes réglementaires

D'après "la convention d'Oviedo", la convention sur les droits de l'homme et la biomédecine du 4 avril 1997, « L'avis du mineur est pris en considération comme un facteur de plus en plus déterminant en fonction de son âge et de son degré de maturité. », De plus, d'après "la loi Kouchner du 4 mars 2002" relative au droit des malades et à la qualité du système de santé, toute personne a le droit aux soins, à l'information et a le droit d'exprimer sa volonté. D'après cette convention et la loi Kouchner, l'enfant a droit à l'information comme toute personne adulte, en fonction de son âge et de ses facultés cognitives, ainsi l'information doit être adaptée à l'enfant et à son niveau de compréhension.

Néanmoins, “la charte de l’enfant hospitalisé de 1988¹”, exprime le fait que l’enfant hospitalisé et ses parents ont le droit à l’information vis-à-vis de la maladie et des soins, que l’enfant doit être accueilli dans un service adapté. L’environnement doit correspondre à ses besoins physiques, affectifs et éducatifs. Tout doit être mise en œuvre pour permettre aux parents de l’enfant de rester auprès de lui tout au long de l’hospitalisation. Il faut éviter la surcharge d’agressions physiques ou émotionnelles et la douleur. Le respect de l’intimité de chaque enfant est important ainsi que la continuité des soins.

Par ailleurs il existe d’autres lois tel “le certificat des établissements de santé, V2010”, qui aborde le fait que les parents doivent être informés et que la prise en charge de l’enfant doit être adaptée, “la recommandation de l’ANAES² de mars 2000” qui parle de l’évaluation et de la prise en charge de la douleur en pédiatrie, et “la circulaire n°83-24 du 1 août 1983” relative à l’hospitalisation des enfants, qui parle de la participation des parents dans les soins se complètent.

3 Rapport avec la profession et valeurs professionnelles

« L’infirmière puéricultrice dispense des soins infirmiers adaptés à l’enfant, en tenant compte des dimensions biomédicale, socioprofessionnelle, cognitive, psychique, culturelle. Elle a pour mission de : prendre soin de l’enfant et de ses aidants naturels ; prévenir, maintenir et restaurer la santé de l’enfant par une continuité des soins ; favoriser l’autonomie, la socialisation et l’éveil de tout enfant ; assurer la protection de l’enfant. »³.

Les valeurs professionnelles que l’on peut relever sont : l’autonomie et la dignité de la personne : l’enfant a le droit de ne pas être contenu ; l’intégrité : l’enfant a le droit d’être pris dans sa globalité, suivant son âge et sa maturité ; le bien-être et la sécurité du patient ; le respect des valeurs et des convictions de la personne : l’enfant a le droit de refuser les soins après avoir reçu une information adaptée et après avoir vu avec ses parents ; la justice et l’équité dans les soins : l’enfant a le droit à une information adaptée comme pour une personne adulte, et l’obligation de fournir des services professionnels.

Face à cela, l’infirmière puéricultrice doit prendre soin de l’enfant. Ainsi le jeu permet, tout d’abord, de développer la curiosité de celui-ci, de répondre à ses questions. Un soin bien compris et accepté par un enfant permet d’être réalisé dans le calme et la sécurité.

¹ Cf annexe 1

² ANAES : Agent National d’Accréditation et d’ Evaluation en Santé

³ CONSEIL NATIONAL. *Ordre National des Infirmiers* [en ligne]. 30 décembre 2010. [Consulté le 26 août 2015]. Disponible à l’adresse : <http://www.ordre-infirmiers.fr/les-infirmiers/les-métiers-infirmiers/infirmiere-puericultrice.html>

4 Sujet

Nous prendrons comme sujet : « La place du jeu dans les soins chez l'enfant. »

IV. Intérêt professionnel et cadre contextuel

1. Intérêt professionnel

L'intérêt de la distraction dans les soins, au regard des textes que nous avons pu lire, est d'instaurer un climat de confiance, une relation soignant/soigné de qualité. Elle permet aussi d'évaluer les troubles émotionnels et sociaux, de voir le ressenti de l'enfant et de veiller à l'absence de phobie du soin en l'associant à la médication. C'est un moyen éducatif important. Elle permet de diminuer la peur et de visualiser la dimension relationnelle. C'est un bon outil pour expliquer les soins à l'enfant.

Cette technique peut être utile aussi bien pour les jeunes patients que pour les soignants. Effectivement, l'enfant visualise le soin, le comprend, l'appréhende mieux et ainsi il comprendra qu'il doit rester calme et qu'il ne doit pas bouger. Le soignant pourra réaliser l'acte dans de meilleures conditions, sans devoir contenir l'enfant. Par ailleurs, cela permet d'adapter le soin infirmier à la personne soignée, de l'informer de façon adéquate. De plus, cela demande d'être formé, de garder une âme d'enfant, de connaître le jeune patient et de travailler en équipe. Cela nécessite une collaboration pluridisciplinaire. Nous nous centrerons principalement sur les enfants de 1 à 12 ans.

2. Cadre contextuel

Avant la lecture de ces différents textes, nous pensions que le jeu permettait de divertir l'enfant, de l'occuper pendant le soin.

En lisant différents articles, nous avons découvert que celui-ci ne servait pas seulement à cela. Il rompt le "cercle vicieux soin-peur-douleur". Le soin est source d'anxiété pour l'enfant. La distraction aide à l'adaptation du soin à l'enfant, à son taux d'énergie, de concentration et d'attention. Par lui, l'enfant s'approprie l'environnement et le soin, il extériorise ses peurs, ses craintes, sa vision de la maladie et des traitements, il exprime son savoir, il oublie qu'il se trouve à l'hôpital. Il se coupe de la réalité, explore et entre dans l'imaginaire. Le divertissement intervient dans le développement psychomoteur de l'enfant. Il a été constaté qu'à chaque bouleversement dans le développement de l'enfant, un nouveau jeu apparaissait. Le jeu étant ancré dans l'enfance, engendre un cadre sécurisant et rassurant. Ce dernier réduit l'anxiété, diminue la peur, la détresse, rassure

l'enfant et agit sur les composantes affectives, cognitives et comportementales de la douleur. Il existe a priori un lien entre la peur et la douleur. Par ailleurs, le divertissement permet d'assurer le bon déroulement du soin actuel et des suivants, de donner à l'enfant un meilleur souvenir de son hospitalisation. Par ce dernier, l'enfant se concentre sur le distracteur et non sur la douleur ; il comprend, échange, interagit, manipule et participe. Il devient acteur du soin. La distraction induit donc une communication. Il joue ainsi le rôle de médiateur. Le jeu évite la sédation et l'anesthésie lors d'un IRM⁴ par exemple ; il dédramatise le soin, le ritualise. Il aide à évaluer l'état de santé du jeune patient car en effet un enfant qui ne joue pas est probablement malade. Le jeu est aussi utile pour les soignants car en plus de les aider à entrer en communication avec l'enfant, il leur permet de décompresser, et de défier les problèmes de la vie et de la mort. Il les aide à se couper de la réalité, à se protéger et à inventer un nouveau monde.

Au cours du soin, le jeu a plusieurs utilités ; avant il sert à informer le patient, pendant, il divertit ce dernier, et après il résout les perturbations émotionnelles potentiellement présentes. Il existe des avantages et des inconvénients à l'utilisation du jeu. A court terme, il permet une diminution de l'anxiété, une meilleure coopération aux soins, une meilleure récupération après le soin. Le jeu établit un climat de confiance et de sécurité. A moyen et à long terme, il engendre un meilleur ajustement aux situations de soins et un transfert de compétence. A contrario, l'instauration du jeu est difficile en cas de déficit sensoriel de l'enfant, de retard du développement ou de traumatisme dû au soin. De par l'absence d'image mentale chez les moins de 6 ans, l'utilisation du virtuel est impossible pour cette tranche d'âge. De plus, l'utilisation du jeu dans les soins nécessite une formation, un investissement humain important, ce qui demande du temps que les professionnels ne possèdent pas forcément. Par ailleurs, l'efficacité du jeu est variable. En effet lors de soins trop douloureux, il ne parvient pas nécessairement à distraire l'enfant.

Le jeu est un langage que tous les enfants comprennent. Pour que le jeu soit efficace, il est important de choisir le moment propice, sur un temps court de s'exprimer clairement et de façon adaptée et surtout laisser l'enfant s'exprimer librement, ne pas le brimer. Le jeu doit être adapté à l'enfant, en tenant compte de son âge, de son niveau de développement psychomoteur, de ses centres d'intérêts. Il est aussi indispensable d'adapter sa posture à la taille et à la position du patient. La distraction doit être captivante pour détourner l'attention de l'enfant. Une distraction fructueuse nécessite l'implication de l'enfant, de la

⁴ IRM : Imagerie par Résonance Magnétique

confiance, un équipement adapté, une évaluation des résultats, de l'énergie et aussi la participation des parents. En effet ces derniers jouent un rôle important dans le bon déroulement du soin, il est donc indispensable de les inclure dans le jeu et d'organiser le soin en conséquence. Le jeu permet d'expliquer le soin à l'enfant mais aussi aux parents. Il est indispensable de souligner que la distraction n'est pas le déni de la douleur, elle doit aussi être prise en considération lors des soins. Le panel de moyens doit être large pour utiliser le plus adapté à la situation et au patient. Il existe de nombreux outils de distraction comme une poupée, un jeu interactif faisant appel à la réalité virtuelle ou encore la relaxation musculaire. Il existe aussi de la distraction passive comme la musique, la télévision et les kaléidoscopes, ou encore de la distraction active comme tous les moyens nécessitant la participation de l'enfant, par exemple les défis ou concours. Le distracteur, si c'est un objet, doit être facile d'utilisation, désinfectable et testé au préalable. L'enfant a besoin de comprendre le soin, et comme il est sensible à tous types de stimuli, le jeu est un excellent moyen pour l'informer. Le jeu dans les soins a déjà fait ses preuves, en effet il a été observé une meilleure qualité du dialogue et de la relation soignant/soigné, un climat de confiance, une participation de l'enfant, qui devient plus calme et plus détendu.

Dans certaines facultés de médecine, un projet intitulé "l'hôpital des nounours" a été mis en place. Dans le cadre de ce projet, les étudiants se déplacent dans des écoles pour s'entretenir avec les enfants et leur expliquer le rôle de l'hôpital. Ainsi les enfants prennent connaissance de ce qui se passe dans ce lieu, et se familiarisent avec les personnes qui y travaillent.

Le jeu est donc utilisé comme un médiateur. En effet « *un médiateur est celui qui sert d'intermédiaire.* »⁵ Le jeu peut être considéré comme une médiation qui permettrait le bon déroulement du soin. La médiation peut être définie comme : une « *Entremise, intervention destinée à amener un accord* »⁶

V. Question de départ

La question de départ est la suivante : « En pédiatrie, en quoi le jeu comme médiation est-il un élément facilitateur pour la réalisation des soins infirmiers chez l'enfant ? »

⁵PIERRE TOUREV. *La toupie* [en ligne]. [Consulté le 29/09/2015]. Disponible à l'adresse : <http://www.toupie.org/Dictionnaire/Mediation.htm>

⁶LAROUSSE. *Larousse.fr* [en ligne]. [Consulté le 29/09/2015]. Disponible à l'adresse : <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/m%C3%A9diation/50103>

VI. Concepts envisagés

Au regard de cette situation, les concepts qui apparaissent sont la médiation thérapeutique et le soin. En effet, le jeu est utilisé dans cette situation comme un médiateur thérapeutique, et permet à l'enfant de visualiser les gestes qui lui seront prodigués ainsi que d'échanger avec les personnels soignants. Le jeu est au service du bon déroulement du soin technique.

VII. Cadre conceptuel

1. Le concept de médiation thérapeutique

Nous allons, tout d'abord, nous pencher sur le concept de médiation thérapeutique. Dans la revue santé mentale, Philippe Gabbai, un neuropsychiatre, nous parle de ce concept. Il se base tout d'abord, pour nous dire ce qu'est la médiation, sur une définition du dictionnaire qui attribue trois aspects au mot médiation. Ces trois aspects sont une entremise qui permet un accord entre plusieurs personnes ; une procédure soit une « *une pratique qui vise non pas à arbitrer un conflit, mais à proposer une solution acceptable par tous* »⁷ ; et une articulation entre deux individus dans un processus didactique ou entre deux thématiques dans un raisonnement. Pour lui, le concept de médiation fait penser au concept que le docteur Winnicott, pédiatre, psychiatre, psychanalyste britannique qui a écrit de nombreux ouvrages sur l'importance du jeu chez l'enfant, appelle "la transitionnalité". Le concept de transitionnalité correspond pour le pédiatre Winnicott au lien qui existe entre la mère et l'enfant durant les premiers mois de la vie, lien qui fait que la mère réponde aux besoins de l'enfant, donne à ce dernier le sentiment d'avoir créé l'objet demandé. Se met alors en place à ce moment-là un espace dit psychique que l'on peut définir comme résultant d'une superposition entre l'illusion de l'enfant d'avoir créé l'objet et "l'apport objectif" de la mère, cet espace est nommé "espace transitionnel". Pour Philippe Gabbai, on observe dans cet espace transitionnel, un modèle théorique qui permet de constater ce qui fait l'âme des médiations proposées aux patients.

Les espaces de médiations sont caractérisés par des liens et de la communication. Pour lui, le dialogue et la communication sont possibles suite à la différenciation de la mère et de l'enfant à l'aide d'objets transitionnels. La médiation, étant un intermédiaire entre l'illusion et la réalité, permet une localisation du réel. La médiation a besoin de posséder

⁷ GABBAI, P. Les médiations thérapeutiques. *Santé mentale*. Octobre 2006, n°111, p24

un cadre ; car en effet comme le dit l'auteur « *il ne suffit pas de proposer une régression ou une relation pour qu'elle soit facteur d'évolution ou de changement* »⁸. Ce cadre est régi par des lois et doit être chargé de plusieurs fonctions. Tout d'abord, il doit être sécurisant, donner au patient "une enveloppe rassurante, un entourage non menaçant" en utilisant un enveloppement par les soins ou une technique "thérapeutique". Ensuite il doit être capable de contenir les attaques inévitables du patient. Enfin il doit donner au soignant un positionnement qui lui est propre, il doit engendrer une distance entre le soignant et le soigné. L'auteur nous apprend que le cadre doit constituer plusieurs éléments. Il doit respecter la législation, respecter une régularité, le lieu de l'activité doit être le même à chaque activité, les participants doivent être les mêmes. "La démarche technique" utilisée doit être précise et repérée, en effet il est important que la technique soit exigeante et que des évaluations soient faites régulièrement pour permettre une distanciation entre soignant et soigné. Par ailleurs, le cadre doit être respecté pour éviter l'usure et la disqualification de la médiation.

Philippe Gabbai aborde la qualité requise pour que les médiateurs soient utiles. Le médiateur doit en premier lieu posséder une valeur analogique pour permettre au patient de faire face à des situations angoissantes et réelles. En deuxième lieu, il doit posséder une "graduation ontologique" c'est-à-dire suivre le développement de la personne soignée. Ensuite il doit être utile, et reconnu. Ainsi le médiateur doit être polyvalent.

Pour l'auteur, le médiateur a deux effets possibles, soit il tire son efficacité de lui-même ou il est indifférent et permet juste d'entrer en relation. Dans le premier cas, le médiateur sert à soigner le patient, dans le deuxième cas, il sert à entrer en communication.

Enfin il existe plusieurs types de médiations comme les médiations corporelles qui sont les plus anciennes ; les médiations ludiques qui utilisent des objets externes au corps, on y trouve les médiations musicales, les jeux de rôle, les jeux de clivage ; et enfin il existe les médiations d'emprise sur la réalité.

L'auteur se pose la question de la place qu'occupent les médiations thérapeutiques. Il y répond en nous faisant remarquer que même si les médiations thérapeutiques appartiennent à l'imaginaire, elles sont emprisonnées par la fusion et la dualité spéculaire. Il donne ensuite une autre solution à sa question en nous montrant que le registre de la sémiotique c'est-à-dire l'art, le jeu et la poésie, est aussi utilisée. Il nous dit qu' « *il s'agit d'une modalité expressive, qui n'est pas encore symbolique, très en lien avec le champ*

⁸ GABBAI, P. Les médiations thérapeutiques. *Santé mentale*. Octobre 2006, n°111, p25

pulsionnel, s'exprimant selon des modalités rythmiques, cinétiques, irrationnelles, transgressant les codes langagiers, comportementaux, picturaux, mais restant communicable, porteuse de sens. »⁹.

Nous aborderons ensuite la conception d'Anne Brun sur le concept de médiation, qu'elle nous donne à voir dans l'ouvrage « Manuel des médiations thérapeutiques ». Au sein de cet ouvrage nous nous baserons exclusivement sur les parties écrites par Anne Brun. Anne Brun est une psychologue, psychanalyste. Pour cette dernière « *les médiations thérapeutiques sont des cadres dispositifs thérapeutiques, le plus souvent groupaux, en pratiques institutionnelles, articulés autour d'un médium malléable, comme la terre, la peinture, la musique, l'écriture, le théâtre, etc.* »¹⁰.

Anne Brun commence par nous dire que la pratique de médiation thérapeutique est ancienne dans l'Histoire. En effet, l'utilisation de l'art comme thérapie est observable dans la Bible et à la Renaissance. Elle souligne ses dires en ajoutant que les médecins utilisaient déjà la médiation mais que pour ces derniers elle n'avait pas une vocation de thérapie psychologique à proprement parler.

Elle donne ensuite l'exemple du psychanalyste Freud, qui a toujours montré son intérêt pour l'art et a su démontrer qu'il existait une interaction entre la psychanalyse et l'art. Il a tenté d'expliquer l'effet de l'art, de la création de l'œuvre sur la personne.

Elle fait aussi remarquer que l'utilisation de la médiation thérapeutique dans les cliniques dites « de l'extrême » peut être enrichissante pour les pratiques dites « traditionnelles ». Elle entend par « clinique de l'extrême » essentiellement les traits de personnalité narcissiques. Pour Anne Brun, toute médiation a besoin d'un cadre spécifique. Il est indispensable d'identifier les conditions requises pour les mettre en place et de préciser les modalités propres des « processus de symbolisation ».

Pour elle, trois préconditions indispensables sont existantes pour les médiations thérapeutiques. La première est la matérialisation de l'objet médiateur qui est utilisé comme « matière à symbolisation », en prenant en considération les dires des patients. La deuxième est le médium matérialisé, ce qui correspond au support sensoriel des liens « transféro-contre-transférés », le médium matérialisé est ainsi pris comme lieu où

⁹ GABBAI, P. Les médiations thérapeutiques. *Santé mentale*. Octobre 2006, n°111, p29

¹⁰ Anne BRUN. *Dunod* [en ligne]. 17 janvier 2013. [Consulté le 6 janvier 2016]. Disponible à l'adresse : <http://www.dunod.com/interview/les-mediations-therapeutiques>

transfert et contre-transfert se croisent. Le troisième est la prise en compte de la sensorimotricité qui conditionne le positionnement et le travail d'interprétation.

Un peu plus loin dans ce livre, Anne Brun nous dit que « *l'objet médiateur ne présente en effet aucune portée thérapeutique en lui-même, indépendamment du cadre et du dispositif : c'est la projection de la topique interne du sujet sur le dispositif/cadre qui en conditionne la portée thérapeutique.* »¹¹. Elle conforte cette affirmation en citant le psychanalyste René Kaës : « *l'objet n'est médiateur que dans un processus de médiation.* ».

Elle fait ensuite remarquer que pour qu'un objet médiateur acquière toute sa fonctionnalité et tout son sens thérapeutique, il faut le donner au bon moment ; elle s'appuie pour dire cela sur la conception du Docteur Winnicott selon laquelle il ne suffit pas d'offrir l'objet, il faut l'offrir au bon moment. Pour elle, la présentation de cet objet joue un rôle essentiel dans la mise en place du cadre des médiations car cela permet au patient d'avoir l'illusion d'avoir créé l'objet et cela engendre donc une certaine liberté. La mise en place de ce cadre nécessite la présence de dispositifs cliniques à médiation. Ces derniers doivent posséder trois fonctions. Tout d'abord, ils doivent avoir une fonction métaphorisante, c'est-à-dire pouvoir permettre l'activation des représentations et leur transfert dans le langage, et aussi permettre la métabolisation du langage verbale. Ensuite une fonction phorique, où apparaît la superposition du cadre, qui permet au transfert de se développer, avec le transfert associé à la prise en compte de la sensorimotricité. Cette prise en compte de la sensorimotricité est indispensable dans les médiations thérapeutiques.

Par conséquent, elle en conclut qu'un cadre/dispositif se doit d'être un espace sémaphorisant c'est-à-dire, un lieu producteur de signe. Pour Anne Brun, tout clinicien ou soignant, dans les "cadres thérapeutiques à médiations", se doit de porter son attention sur ce qui émane du corporel et du sensoriel.

Après avoir abordé le concept de médiation selon Philippe Gabbai et selon Anne Brun ; nous allons étudier le concept de Soins infirmiers.

2. Le concept de soin infirmier

Nous commencerons notre étude de ce concept avec la vision de Walter Hesbeen. Walter Hesbeen est infirmier et docteur en santé publique. Dans son ouvrage « Prendre soin à

¹¹ BRUN, A et al. *Manuel des médiations thérapeutiques*. Paris: Dunod, 2013. p 100

l'hôpital. Inscrire le soin infirmier dans une perspective soignante » Walter Hesbeen nous donne à voir sa conception du “prendre soin” et du “soin infirmier”. Tout d’abord, il définit le “prendre soin” comme une attention particulière portée à soi ou à autrui pour lui venir en aide, contribuer à son bien-être, promouvoir sa santé. Cette attention particulière nécessite l’utilisation de l’écoute, de compétences professionnelles, elle consiste à venir en aide à une personne, elle se doit d’être unique, non préétablie, non programmée, ni répétable, elle doit être singulière. Il est important qu’elle soit adaptée à la personne aidée et qu’elle évolue avec elle.

Il fait ensuite une comparaison entre “soins” et “soin”. Il définit les soins comme étant les actes par lesquels on soigne, on entretient le corps, les soins portés à la personne. A contrario le soin correspondrait à une œuvre de création unique qui concerne une personne dans la singularité de sa situation de vie ; ce qui fait que la pratique soignante n’est pas une science mais un art à proprement parler. Il fait ensuite une distinction entre le corps sujet et le corps objet. “La réalité du soin” s’adresse pour lui au “corps-sujet” c’est-à-dire le corps que le malade est, à la personne même du malade, à un individu qui possède une identité propre. L’auteur se penche ensuite sur la conception du prendre soin. Pour lui, “prendre soin” est une chose complexe et donc cela engendre une pensée complexe. Le principe de la pensée dite complexe est que tout système vivant doit être abordé de manière globale. Il ne faut pas faire abstraction des éléments qui le composent et des multiples interactions qui ont lieu dans ses éléments. Toute situation rencontrée par un professionnel est singulière, temporelle, à cause des interactions qui ont lieu dans une situation où tous les éléments s’intriquent. Pour lui, le complexe à la différence du compliqué, n’est pas maîtrisable, ni duplicable, il n’est pas sophistiqué et spectaculaire. Ainsi aider quelqu’un dans sa situation de vie relève d’une démarche complexe et n’est donc pas maîtrisable et propre à la personne. Cela relève de l’art car cela demande de combiner connaissance, habileté, savoir être et intuition. Il étudie ensuite le concept de “soin infirmier”. Pour lui, le soin infirmier s’inscrit dans le soin mais possède sa propre identité. Le soin infirmier est un art. Par cet art, l’infirmier a la possibilité d’être proche du patient, comme les soins infirmiers sont peu touchés par les démarches scientifiques, il y existe un espace de liberté avec un éventail de moyens et des temps d’action important. Pour lui, le soin infirmier possède une multitude d’actions, des “petites choses” qui permettent à la personne soignée et à ses proches d’avoir recours à une grande attention. Ce qui fait la force et la faiblesse du soin infirmier, force car cela est utile à la population ; faiblesse car cela est réelle, artificielle et contextuelle.

De plus, il nous dit que le soin infirmier est d'avantage marqué par la subtilité, la créativité, l'intuition et la spontanéité que par la science et la technique. Ainsi, on peut en déduire que le soin infirmier relève plus de l'humain que de la technique. Suite à une enquête menée par l'Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec, sur les attentes de la population vis-à-vis des infirmiers, il est ressorti que la population attendait des infirmiers qu'ils communiquent ; qu'ils aient une habileté et des connaissances techniques et qu'ils adoptent un comportement et une attitude qui englobent compréhension, respect, attention, politesse, et sourire. L'auteur nous donne ensuite à lire une précision du soin infirmier.

Pour Jean Watson, professeur émérite en sciences infirmières, auteur de l'article '*le caring*' paru dans la revue philosophie et sciences des soins infirmiers: « *l'essence des soins infirmiers est la démarche interpersonnelle entre l'infirmière et le patient en vue de produire un résultat thérapeutique chez celui-ci ; l'accessoire des soins infirmiers est l'ensemble des techniques, des protocoles, des technologies, des modes d'organisation, des lieux de soin...utilisés par l'infirmière* »¹². De cette définition, l'auteur Walter Hesbeen en déduit que l'essence est la démarche entre deux personnes et l'accessoire est ce qui sert de support à l'activité infirmière. Il dit ensuite que l'accessoire est un élément qui se répète alors que l'essentiel se base sur la création d'une attention unique, particulière ; d'un accompagnement propre à la personne soignée. Par ailleurs, pour lui, la dimension essentielle du travail infirmier réside dans une "démarche interpersonnelle", il dit en effet que « *ce qui fait l'essence de la pratique soignante qui permet de prendre soin d'une personne, c'est la démarche interpersonnelle entre une personne soignée, qui nécessite de l'aide, et une personne soignante qui a pour mission d'être aidante et ce, dans une situation de vie dans laquelle le soignant est appelé à intervenir. Ce qui fait l'accessoire de la pratique soignante, ce sont les différents moyens plus ou moins spécifiques à un groupe de professionnels et qui servent de support à l'action soignante Ces moyens sont de natures diverses et variées et relèvent tant des aspects techniques que scientifiques. Educatifs, organisationnels.* »¹³.

Pour l'auteur, le soin infirmier peut être défini comme étant l'attention particulière qu'une infirmière porte au malade et à sa famille pour lui venir en aide, en ayant recours aux

¹² HESBEEN, W. *Prendre soin à l'hôpital inscrire le soin infirmier dans une perspective soignante*. Issy les Moulineau: Masson. p 62

¹³ HESBEEN, W. *Prendre soin à l'hôpital inscrire le soin infirmier dans une perspective soignante*. Issy les Moulineau: Masson, p 64

compétences et aux qualités de sa profession. Ainsi le soin infirmier correspond à tous les actes et activités que les infirmiers font dans leur domaine de compétences, dans une démarche interprofessionnelle pour “prendre soin” d’une personne. L’auteur se base sur la définition suivante de l’infirmière clinicienne Marie-Françoise Collière : *« le soin infirmier représente un sujet vaste et d’une grande complexité. C’est un sujet à caractère universel et multidimensionnel, tout en se singularisant dans chaque culture, dans chaque système socio-économique, dans chaque situation. Sujet délicat s’il en est, en raison des zones d’interférences de savoir, de pouvoirs et de décisions qu’il suscite. Sujet difficile, parce que facilement réductible à l’application d’une technique, d’un système stéréotypé, ou au contraire insaisissable en raison des multiples aspects qu’il soulève. Sujet imprégnant parce que lié à des habitudes de vie, des croyances, des valeurs faisant résonner en nous les questions les plus fondamentales de la vie, la mort, la sexualité, l’amour, la souffrance, le travail... »*¹⁴. Pour Walter Hesbeen, l’infirmière à l’aide de support obtient des opportunités particulières pour offrir aux patients plus de sérénité par le confort, la chaleur, la douceur et l’attention aux “mille et un détails”. Ses supports sont les soins de bases, une présence continue organisée, les actes effectués sur prescription médicale, toutes les actions pouvant être faites par un professionnel de santé dans son domaine de compétence ; l’encadrement, l’enseignement et l’accompagnement de personne “pas ou moins qualifié”. L’infirmier doit être vecteur de sérénité. Les quatre caractéristiques que sont confort, chaleur, douceur, attention aux mille et un détails, sont ce qui unissent tous les professionnels infirmiers et correspondent au point commun de tous les actes infirmiers.

Nous aborderons ensuite la conception du soin infirmier en pédiatrie, de Madame Bénédicte Lombart. Bénédicte Lombart est une infirmière philosophe. Pour elle, les soins infirmiers pédiatriques possèdent les mêmes concepts que les autres soins infirmiers, mais avec certaines particularités. Les conceptions de soins en pédiatrie s’inspirent et font partie des théories du “care”. Le concept de care pédiatrique, n’existe pas en lui-même. Pour l’auteur les modèles théoriques professionnels se basent sur “l’intersubjectivité” qui lie le patient et l’infirmier et la prise en attention des besoins de la personne soignée. Le but des modèles de soins infirmiers est de combiner soins pour la continuité de la vie et soins de réparation. Elle nous dit ensuite que ce qui est important de voir dans la notion de care,

¹⁴ HESBEEN, W. *Prendre soin à l’hôpital inscrire le soin infirmier dans une perspective soignante*. Issy les Moulineau: Masson. p 64-65

c'est son aspect synthétique du soin. Ce mot anglais signifie à la fois soin et sollicitude. Ce concept correspond à des champs conceptuels qui vont au-delà de la spécificité de la démarche infirmière. Elle nous donne comme définition, la définition du professeur de science politique Joan C. Tronto et de l'activiste en droit civique Bérénice Fischer qui est la suivante : « *au niveau le plus général, nous suggérons que le care soit considéré comme « une activité générique qui comprend tout ce que nous faisons pour maintenir, perpétuer et réparer notre « monde », en sorte que nous puissions y vivre aussi bien que possible ». Ce monde comprend nos corps, nous-mêmes et notre environnement, tous éléments que nous cherchons à relier en un réseau complexe, en soutien à la vie. »*

Elle se base ensuite sur la conception de Walter Heesbeen selon laquelle il ne faut pas confondre “soin” et “soins”, le “prendre soin” est à différencier du “faire des soins”. Elle affirme ensuite que « *le soin s'expérimente dans de nombreux domaines et il n'est pas le monopole d'une profession.* »¹⁵. Ainsi, il est compliqué de construire les théories professionnelles car les courants de pensées infirmiers ne sont ni les détenteurs exclusifs, ni les fondateurs de la conception du care. Cette “polysémie” du care est d'autant plus importante dans le cas de la conception des soins pédiatriques. Effectivement, l'enfant a besoin d'attention, qu'on lui prodigue des soins, dans le but de se développer et de grandir. L'enfant n'est en lui-même pas autonome, il réagit aux soins qu'on lui prodigue, à la sollicitude qu'on lui témoigne. Dans les soins apportés aux enfants les quatre phases du care selon Joan Tronto sont présentes. Les soins infantiles dépendent de la “sphère familiale”, par conséquent le transfert des soins dans la sphère hospitalière demande une redistribution des rôles entre parents et soignants. Ainsi « *la construction des théories infirmières relatives aux soins des enfants est profondément marquée par ce transfert des besoins de l'enfant vers le domaine médical.* »¹⁶.

Pour madame Lombart, l'évolution de la conception des soins en pédiatrie est étroitement liée à l'histoire médicale de la pédiatrie. Dans les années 1800, le rôle de l'infirmière auprès des enfants hospitalisés était d'apporter affection et soins maternels. Avec la seconde guerre mondiale, apparaît la reconnaissance des soins psycho-affectifs des enfants. La conception des soins en pédiatrie sera par la suite influencée par des pédiatres psychanalystes comme Madame Françoise Dolto et le docteur Winnicott. La sollicitude qui fait partie du concept de care était alors absente au profit du curatif, la guérison se fait en ne tenant pas compte de la douleur et de la sensibilité du bébé. C'est pourquoi le rôle de

¹⁵ LOMBART. B, Le care en pédiatrie, *recherche en soins infirmiers*, mars 2015, n°122, p 69

¹⁶ LOMBART. B, Le care en pédiatrie, *recherche en soins infirmiers*, mars 2015, n°122, p 69

l'infirmière en pédiatrie était "maternant" et répondait aux besoins psycho-affectifs de l'enfant. Le fait que la place de l'enfant change dans la société a permis au concept de soin pédiatrique d'évoluer. C'est ainsi que le concept de soins en pédiatrie regroupe les besoins psycho-affectifs et le développement de l'enfant lié à son environnement tout en s'appuyant sur le "prendre soin".

De nos jours, deux théories principales du soin encadrent la pratique soignante en pédiatrie, le "Nidcap" et le "Family centered care". Ces concepts impliquent l'individualisation des soins, l'influence de l'environnement sur l'enfant et l'intégration des parents dans les soins. Pour l'auteur, la participation des parents dans les soins joue un rôle primordiale dans la guérison et le maintien de la santé de l'enfant, c'est le concept de "Family centered care". Les grands axes de ce concept sont la dignité et le respect, le partage de renseignement, la participation et la collaboration. Selon l'étude réalisée en 2012 dans la revue « family-centered care for hospitalised children aged 0-12 years », l'intervention des soins basée sur la famille possède un effet bénéfique sur les soins apportés aux enfants, la satisfaction des parents et les coûts. Il est cependant important de souligner que le concept de soin centré sur la famille en pédiatrie ne possède pas d'attribut validé. Il n'existe par ailleurs aucun cadre théorique du "soin pédiatrique" en dehors de la collaboration entre parents et soignants dans les soins apportés à l'enfant. Cependant il existe des recommandations portant sur la prévention et l'évaluation de la douleur chez l'enfant, la continuité du lien parents/enfant, l'adaptation de l'information notamment par le jeu, la réduction de l'anxiété et de la détresse, la prévention de la contention lors de soins, la coopération de l'enfant et sur l'adaptation de l'éducation thérapeutique. Le concept de soins en pédiatrie est basé sur ces principes. L'auteur fait aussi remarquer qu'il existe une "carence conceptuelle" du soin pédiatrique. Car en effet la notion de "care" correspond aux particularités de toutes personnes soignées. Les éléments pratique du "care" sont : hospitaliser l'enfant dans un environnement adapté à son âge ; permettre l'accès à la scolarité et aux activités récréatives ; assurer un climat de confiance ; évaluer, prévenir et traiter la douleur ; adapter son langage/développer une communication dite positive. Mais aussi favoriser la présence des parents, tenir compte des choix et des préférences de l'enfant, favoriser l'expression des émotions. Utiliser des moyens de distractions et de détournement de l'attention, rejoindre l'univers de l'enfant, pondérer les indications des soins, ajuster sa réponse à la réaction de l'enfant et s'appuyer sur l'interaction existante entre l'enfant et sa famille.

De plus selon le professeur Jean Watson, auteur que Bénédicte Lombart cite dans son article, il existe des facteurs qui favorisent le “care”. Ses facteurs sont : les valeurs humanistes et altruistes ; la croyance et l’espoir, la conscience de soi et des autres ; le développement d’une relation d’aide et de confiance. Et aussi l’expression des sentiments, la création d’une méthode scientifique de résolution de problèmes, l’enseignement/l’apprentissage transpersonnel, le soutien et la protection, la gratification des besoins humains, les forces existentielles. Ses facteurs impliquent de considérer l’enfant comme un “être en devenir” ; de majorer les compétences de l’enfant en impliquant ses parents ; de tenir compte des “pensées magiques” de l’enfant. Il est aussi important de connaître le développement de l’enfant pour adapter le soin. Pour parvenir à établir un lien de confiance, il est préférable de vouloir s’introduire dans l’univers de l’enfant que de vouloir le faire entrer dans l’univers médical. Il est aussi important de laisser l’enfant exprimer ses émotions et de favoriser une communication dite “positive”, d’identifier les réactions de ce dernier. Et aussi de soutenir les parents et de mettre à profit les “ressources” de l’enfant, de répondre aux besoins psycho-affectifs, psychologiques et du développement et d’utiliser les compétences de l’enfant et de ses proches. Jason Watson, entend par “l’enseignement-apprentissage transpersonnel”, la connexion entre la théorie des soins apportés à l’enfant et le “care”.

Au regard de ces deux concepts que sont la médiation thérapeutique et le soin infirmier, nous nous situons dans le champ disciplinaire du psychosocial.

VIII. Analyse livresque

Après avoir étudié le concept de médiation selon Anne Brun et Philippe Gabbai, et le concept de soin infirmier selon Walter Hesbeen et Bénédicte Lombart, nous allons réaliser une analyse de ces diverses conceptions.

Tout d’abord nous pouvons observer qu’Anne Brun voit la médiation thérapeutique comme une technique groupale, conception qui dans notre situation n’est pas de mise.

Pour les deux auteurs cités précédemment, la médiation thérapeutique nécessite de poser un cadre spécifique et réglementé. Pour Philippe Gabbai ce cadre doit être sécurisant, il doit permettre au soignant de détenir un espace qui lui est propre. Pour lui toute médiation nécessite lien et communication. L’objet médiateur doit posséder une fonction analogique, c’est-à-dire qu’elle doit pouvoir permettre au patient de faire face à ses angoisses, et doit

suivre le développement de la personne soignée. Ainsi le jeu doit être adapté au stade de développement de l'enfant et doit lui permettre d'oublier son angoisse vis-à-vis du soin.

Nous pouvons voir avec les dires de Monsieur Gabbai que le jeu fait partie du registre de la sémiotique. Anne Brun pense, quant à elle, que toute médiation doit posséder une matérialisation de l'objet, une prise en compte du sensori-moteur et doit permettre la mise en place de liens. Pour elle, l'objet n'est pas médiateur en lui-même, c'est la manière dont on l'utilise qui le rend médiateur. Ainsi le jeu, en son utilité propre n'est pas médiateur ; ce qui le rend ainsi c'est son utilisation dans le soin à des fins thérapeutiques. C'est la volonté de vouloir que l'objet soit médiateur qui le rend médiateur.

Selon le psychiatre Winnicott l'objet pour qu'il détienne toutes ses qualités de médiateur, doit être donné au patient-dans notre cas à l'enfant-au moment propice. Par ailleurs la médiation est définie comme le « *Fait de servir d'intermédiaire entre deux ou plusieurs choses* »¹⁷. Ainsi la médiation thérapeutique possède plusieurs constantes que sont : un rôle de liant, un lien avec l'espace et l'origine, un rapport aux limites, un cadre, une oscillation entre créativité et destructivité. Nous pouvons donc en déduire que les attributs du concept de médiation sont de permettre la mise en place d'un lien entre le soigné et le soignant ; de s'inscrire dans un cadre ; de contenir les angoisses et les peurs du patient, d'être sécurisant.

Ensuite nous pouvons observer que Walter Hesbeen et Bénédicte Lombart, ont une conception du soin infirmier qui est proche. Pour tous deux, il ne faut pas confondre "soins" et "soin" car le "prendre soin" est différent du faire des soins. En effet on peut faire des soins sans prendre soin de la personne, sans prendre la personne en considération dans son identité d'être humain et on peut prendre soin d'une personne sans lui prodiguer des soins. Pour Walter Hesbeen, le "prendre soin" correspond à une attention particulière, qui doit être unique et adapté à la personne soignée. Ainsi l'attention doit être ici adaptée à l'enfant, à son niveau de développement. Bénédicte Lombart pense que le soin est individualisé, qu'il prend en compte l'environnement de l'enfant et qu'il implique les parents. Dans le "prendre soin", la personne soignée est considérée comme un être humain qui possède une identité qui lui est propre. Bénédicte Lombart confirme cette conception en affirmant que l'enfant est un être humain à part entière. Pour Walter Hesbeen, les soins infirmiers signifient d'avantage créativité, subtilité, intuition et

¹⁷ ORTOLANG. *Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales* [en ligne]. [Consulté le 20/01/2016]. Disponible à l'adresse : <http://www.cnrtl.fr/lexicographie/médiation>

spontanéité que sciences et techniques. Ainsi pour lui, le soin infirmier est synonyme d'humain. D'après une enquête réalisée au Québec, les patients attendent des infirmiers qu'ils communiquent, qu'ils aient des connaissances techniques et de l'habileté, qu'ils soit polis, souriant et respectueux.

Pour lui, par ailleurs le soin infirmier demande une démarche interpersonnelle. Il définit le soin infirmier comme une attention particulière que porte l'infirmier au patient et à sa famille. Pour cet auteur les quatre éléments que doit contenir chaque soin infirmier sont ; confort, chaleur, attention au "mille et un" détails et douceur. Alors que pour Bénédicte Lombart, les éléments qui sont la base des soins pédiatriques sont l'intégration du développement et des besoins psycho-affectifs de l'enfant. Pour elle, le soin infirmier se base sur l'intersubjectivité, c'est-à-dire sur le lien qui lie le patient et l'infirmier et la prise en considération de ses besoins. Il doit combiner soin pour le maintien de la vie et soins dans le but de guérir une maladie. Pour elle, les soins en pédiatrie nécessitent attention, soins, et distribution des rôles entre soignants et parents.

Pour le professeur Jean Watson les attributs du soin infirmier en pédiatrie sont : humanisme et altruisme, prise de conscience de soi et de l'autre, croyance et espoir, relation d'aide et de confiance, connaissance du développement de l'enfant, prise en considération de l'imaginaire. Et aussi laisser de la place aux émotions, soutenir et protéger, gratifier les besoins de la personne, tenir compte des ressources de l'enfant et de son entourage. Par ailleurs, le soin infirmier en lui-même possède plusieurs dimensions. Ces dimensions sont la dimension de promotion, d'entretien et de maintien de la vie et de la santé ; la dimension éducative, la dimension préventive, la dimension de réhabilitation-réinsertion. Ainsi le soin infirmier nécessite d'apporter des soins à la personne et de prendre soin de cette dernière.

De plus selon le modèle de Mac Gill, les attributs du concept de soin infirmier sont le soutien des familles pour leur permettre de développer leur potentiel santé, la prise en compte des ressources internes et externes de la personne et la focalisation sur les forces, atouts et potentiels des patients et de leur entourage.

Le concept de soin peut-être défini comme l' « ensemble d'actions, de moyen mis en œuvre pour rétablir ou entretenir l'hygiène, la propreté, l'esthétique du corps, d'une partie du corps. »¹⁸

¹⁸ ORTOLANG. *Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales* [en ligne]. [Consulté le 14/02/2016]. Disponible à l'adresse : <http://www.cnrtl.fr/definition/soin>

Pour l'infirmière clinicienne Thérèse Psiuk, la base du soin est la relation où le "lien de confiance est important". Pour elle, le soin doit être personnalisé, il doit comporter de la communication verbale et non-verbale. Le sens du soin est d'identifier la véritable problématique de santé en basant le raisonnement clinique sur la personne soignée, en tenant compte des ressources, des capacités, des compétences du patient. Pour cette dernière, le concept de soin englobe les concepts de résilience, de stratégie d'adaptation et d'émotion. Le soin nécessite de l'écoute. Ecoute qui englobe ce qui est dit, ce qui est non-dit et ce qu'il y a au-delà des mots : les pensées, émotions, sensations corporelles du soignant.

En définitive, la médiation thérapeutique a besoin d'un cadre spécifique régit par des lois, ici le cadre est le soin. Le soin infirmier, étant la propriété d'une profession est régi par des lois, demande des compétences. Le soin infirmier, tout comme la médiation doivent être adaptés à la personne, personnalisés, individualisés. Ils nécessitent tous deux, la mise en place de liens de confiance et de la communication aussi bien verbale que non verbale.

Par ailleurs, la médiation étant définie comme le fait de servir d'intermédiaire entre plusieurs personnes et permettant de contenir les peurs, étant sécurisant et permettant la mise en place d'un lien. Dans le soin infirmier, elle peut servir à entrer en relation avec l'enfant, à lui faire oublier ses peurs et à lui procurer un sentiment de sécurité. De surcroit, chez l'enfant pour instaurer un climat de confiance, il est indispensable d'entrer dans son imaginaire. La médiation thérapeutique étant un intermédiaire entre le réel et l'imaginaire, elle permet d'entrer dans l'imaginaire de l'enfant pour entrer en relation avec lui et pouvoir ainsi adapter le soin et lui prodiguer une attention particulière.

Le soin infirmier demande créativité, subtilité, intuition, spontanéité ; aspects qui peuvent être utiles à la mise en place de la médiation, médiation qui se doit d'être attrayante pour capter l'attention de l'enfant. La médiation tout comme le soin infirmier, ont un but thérapeutique, guérir la personne.

Dans le cas de notre situation de départ, les Playmobil, la poupée chirurgicale et les autres moyens ludiques utilisés pour expliquer les soins aux enfants et aux parents peuvent être considérés comme un outil de médiation thérapeutique. Ainsi en tant que médiation thérapeutique, ils peuvent permettre d'instaurer un climat de confiance, un échange et de la communication verbale et non verbale. Par ailleurs, comme les soins infirmiers demandent

créativité, intuition, spontanéité et que ces atouts peuvent aussi être profitables à la médiation, l'utilisation de jeux peut être un moyen de mettre en valeur ces atouts. En effet, mettre en place un jeu demande de l'intuition, de la créativité et de la spontanéité pour que ce dernier soit attrayant et capte l'attention de l'enfant. Dans le cadre des soins pédiatriques, il est important de rentrer dans l'imaginaire de l'enfant pour instaurer un climat de confiance de qualité et pour parler avec l'enfant avec des mots qu'il puisse comprendre. Le fait d'utiliser des jeux, des objets qu'il connaît peut permettre de réaliser des soins de qualités qui auront pour but de restaurer la santé de l'enfant.

Ainsi, nous pouvons poser les pré-hypothèses suivantes :

- L'utilisation de jeu permet d'entrer en communication avec l'enfant.
- Le jeu rassure l'enfant, lui fait oublier ses peurs.
- Il est utile d'entrer dans l'imaginaire de l'enfant, de s'adapter à ce dernier pour pouvoir instaurer un climat de confiance.
- L'implication des parents dans les soins peut s'avérer utile.

IX. Phase exploratoire

Nous avons décidé de nous rendre dans un service de pédiatrie et d'interrogé les professionnels à l'aide d'entretiens individuels.

Pour réaliser les entretiens, la méthode choisie a été l'entretien semi directif. Méthode qui permet de mener un entretien à l'aide de questions préparées à l'avance et de laisser l'enquêté parler comme bon lui semble. Les entretiens semi directifs mettent en jeu des questions qui donne un cadre, un champ de réponse sans pour autant induire de réponse souhaité par l'enquêteur.

Pour réaliser nos trois entretiens nous avons décidé de nos baser sur nos quatre pré-hypothèses. A partir de ces pré-hypothèses, nous avons posé cinq questions auquel nous avons attribué un objectif. Ainsi pour la première pré-hypothèse nous avons posé la question suivante : "Pour faciliter le soin, pensez-vous que l'utilisation d'objets facilitent l'entrée en communication avec l'enfant ?". L'objectif de cette question était de repérer le lien entre le jeu et un climat de confiance. Pour la deuxième pré-hypothèse, la question posé a été "Qu'observez-vous dans le comportement de l'enfant qui permet de dire que la médiation c'est bien passée ?", l'objectif était d'identifier l'impact de la médiation dans le comportement de l'enfant. Pour la troisième pré-hypothèse, nous avons décidé de poser deux questions qui sont les suivantes : " Avez-vous la possibilité d'identifier les centres

d'intérêts de l'enfant ? Êtes-vous formé ?" et " Comment vous adaptez-vous au niveau de développement de l'enfant ?". L'objectif de ces deux questions était d'identifier la place, l'importance du recours à l'imaginaire dans les soins. Pour la quatrième pré-hypothèse, nous avons décidé de demander si pour eux la présence des parents lors d'un soin était bénéfique au bon déroulement du soin. L'objectif était d'identifier la place des parents dans les soins et dans la médiation.

Les personnes choisis pour ces entretiens, ont été deux infirmières et une puéricultrice travaillant dans le même hôpital. Les trois entretiens se sont déroulés dans le même service. Nous avons décidé d'interroger des professionnels infirmiers et puéricultrices travaillant dans un service de pédiatrie, car ces derniers sont en contact direct et continu avec les enfants. Le travail auprès d'enfant, l'adaptation des soins à l'enfant font partie de leur quotidien. Nous avons décidé d'interrogé deux infirmières pour comparer le point de vue de deux personne ayant reçu la même formation. Nous avons ensuite choisi d'interroger une puéricultrice pour avoir le point de vue d'une personne ayant reçu une formation spécialisé sur l'enfant.

Nous avons décidé de réaliser les entretiens dans le service de pédiatrie d'un hôpital donné. Nous avons vu avec le cadre du service, quel professionnel pourrais être interrogé et à quel moment.

Avant de nous rendre sur le lieu d'entretien, nous avons préparé les questions que nous allions poser. Pour chacune de ces questions, nous avons émis des objectifs et avons identifié des relances. Ces relances, sous forme de questions ont été choisies dans le but d'agrémenter les réponses aux questions, de les développer ou de les éclaircir. Nous nous somme rendu sur le terrain avec notre questionnaire¹⁹.

X. Analyse des entretiens

Pour analyser les divers entretiens nous avons décidé de classer les réponses selon quatre thèmes²⁰ qui sont : la communication, le comportement, le niveau de développement et la place des parents. Dans chaque thème nous avons identifié des catégories. Pour la communication nous avons identifié la parole, l'attention et les moyens utilisés. Pour le comportement nous avons pris en catégorie les émotions et les expressions. Pour le niveau

¹⁹ Annexe n° II

²⁰ Annexes n° 6, 7, 8

de développement, nous avons pris l'âge et l'adaptation. Enfin pour la place des parents nous avons identifié les catégories suivantes ; aide et repère. Nous avons ensuite comparé les réponses des trois entretiens pour identifier les points communs.

Nous avons décidé lors de ces entretiens, d'enregistrer les enquêtés avec leur autorisation. Lors des différents entretiens, avec les infirmières que nous interrogeons, nous nous trouvions dans un bureau, au calme. Un échange, c'est rapidement mis en place, où chacun s'écoutait et s'exprimait à son tour. Lors du premier entretien, nous avons été dérangés par une personne qui est entrée dans le bureau. Lors du deuxième entretien, le téléphone a sonné à la fin, provoquant une pause dans le déroulement de l'entretien. Au début de chaque entretien, nous avons annoncé que l'entretien était anonyme, nous avons demandé l'autorisation d'enregistrer. Puis nous avons annoncé le sujet et la population concernée par mon sujet.

1. Premier entretien

Pour la première infirmière interrogée, le jeu, l'utilisation d'objet permet de entrer en communication avec l'enfant. Pour elle, l'utilisation d'objet permet de changer les idées de l'enfant pendant un soin invasif par exemple. Ainsi elle dit : *« oui si on prend les soins invasifs, comme les prises de sang, les aérosols [...], oui on leur change les idées avec des petites peluches, des petits hochets. »* (ESD 1)²¹ Pour distraire l'enfant, elle utilise des peluches, des hochets ou les jouets de l'enfant, son "doudou".

Par ailleurs pour elle, si l'enfant se calme, s'intéresse au jeu, se laisse faire, ne hurle pas, cela signifie que sa médiation s'est bien passée, que l'utilisation du jeu a eu une utilité. Les signes qui lui permettent de dire que le soin, c'est déroulé dans de bonnes conditions, sont : *« le petit qui bouge pas trop [...], qui se débat pas, qui hurle pas, et puis [...], les aérosols, on est pas obligé de le contenir. »* (ESD 1). Ainsi pour elle, un soin réussi, c'est un soin sans contention, sans hurlement, et où l'enfant ne bouge pas trop. Selon ses dire, les pleurs n'ont pas toujours d'impact sur le bon déroulement du soin, les pleurs n'empêchent pas que le soin se déroule bien comme par exemple lors de pleurs de douleurs.

Ensuite, elle nous a dit qu'hormis le recueil de données, elle ne demandait pas les centres d'intérêts de l'enfant. Sauf pour les "grands", pour pouvoir ainsi leur parler de ce qu'ils

²¹ ESD 1: Entretien Semi-Directif n°1

amment, leurs loisirs. Elle a avoué ensuite ne pas avoir reçu de formation pour pouvoir adapter les jeux à la situation et à l'enfant. Cependant, elle adapte quand même son jeu, sa distraction à l'âge de l'enfant, elle nous donne en exemple la comparaison entre un enfant de néonatalogie auquel elle va donner une tétine et un enfant "plus grand" auquel elle va parler de ses centres d'intérêts. En effet, elle dit « *Alors, a oui par rapport à son âge, alors en néonatalogie par exemple cela va être la tétine, pour eux voilà, euh. C'est vrai que moi, je n'ai pas été formée à ça mais, en général c'est un peu toujours, oui en néonatalogie la tétine, les petits le hochet ou la peluche, le doudou. Puis chez les plus grands, ba, on essaye de leur parler, oui de, ba de leurs centres d'intérêts.* » (ESD 1).

Enfin, pour elle la présence des parents durant un soin est importante car ils peuvent rassurer l'enfant, le distraire avec des vidéos qu'il apprécie. Ils peuvent s'avérer être une aide précieuse. Ils peuvent expliquer le soin à leur enfant qui les écouterait mieux et ainsi qui comprendrait mieux le soin. Ainsi, elle dit « *parce que nous on explique le soin, aussi, mais ils écoutent pas forcément, donc des fois rien que le parent, du fait d'expliquer, il comprendra mieux* » (ESD 1). A contrario, leur présence peut s'avérer être handicapante pour le bon déroulement du soin, en effet « *si c'est des parents un peu trop fusionnels avec leur enfant, bon ba les enfants sentent l'angoisse des parents.* » (ESD 1) et l'enfant va être d'avantage angoissé. Pour elle, la décision de laisser les parents assister au soin dépend de leur interaction avec l'enfant et de leur état émotionnel. A la fin de l'entretien, l'infirmière a ajouté que dans leur service, il disposait de peu de moyen et que les hôpitaux spécialisés devaient en avoir d'avantage.

Ainsi ce qui ressort de ce premier entretien, c'est que le jeu, l'utilisation d'une distraction peut s'avérer être utile pour entrer en communication avec l'enfant et pour que le soin se passe dans de bonnes conditions. Ils existent beaucoup de moyens différents que les hôpitaux ne possèdent pas forcément. Dans son service, le matériel utilisé est ce que l'enfant possède, sa peluche, son hochet, ses jeux. Ce qui permet de dire qu'un soin, s'est bien passé, c'est l'absence de hurlement, de "contention", la présence de calme et d'un intérêt de l'enfant. Les infirmières de ce service, sont peu ou pas formées pour utiliser des jeux lors des soins, et les centres d'intérêts des petits sont peu recherchés. Les moyens utilisés sont adaptés suivant l'âge de l'enfant. La présence des parents est la plus part du temps bénéfique mais s'ils sont trop angoissés, leur présence peut être un obstacle au bon déroulement du soin.

2. Deuxième entretien

Pour la deuxième infirmière interrogée, l'utilisation d'objet durant un soin va permettre d'entrer en communication avec l'enfant, et attirer l'attention de l'enfant. Ainsi dit-elle « *on va décentraliser, on va attirer l'attention de l'enfant déjà sur l'objet ou sur la méthode de jeu que, ça peut être une chanson.* » (ESD 2). , elle dit encore : « *Donc c'est vrai l'attention ne va plus être, on est là en train de le tenir et on va détourner son attention sur la musique ou un objet ou le ninin ou la tétine ou quelque chose.* » (ESD 2). Les moyens qu'elle utilise durant un soin, pour réaliser sa distraction sont : des chansons, le doudou de l'enfant, les abaisse langues, les stéthoscopes. Pour elle, les objets personnels de l'enfant sont plus adaptés car ils lui appartiennent et il a un affect avec. Ce qu'elle trouve dommage, c'est que souvent, elle doit utiliser ce qui lui tombe sous la main comme les abaisse-langues, ce qu'elle décrit comme n'étant pas très pédagogique. Elle ajoute ensuite que des objets musicaux trop gros, ne vont pas forcément être adaptés car ils ne vont pas capter le regard de l'enfant à chaque fois. Elle affirme ensuite qu'elle a du mal à attirer l'attention des enfants plus grands car ils possèdent une appréhension du soin. Chez ces derniers et à partir de trois ans, si l'enfant communique bien, elle va utiliser d'avantage la communication que le jeu. Elle va leur parler de chez eux, de leur famille, de l'école, des fêtes.

Par ailleurs, pour elle, les éléments qui lui permettent de dire que sa médiation a fonctionné sont le fait que cette dernière ait pu détourner son attention, fasse parler l'enfant, le calme s'il était agité, le fasse arrêter de pleurer. Mais aussi, qu'il se laisse faire, qu'il coopère, qu'il n'y ai pas trop d'appréhensions et d'angoisses vis-à-vis du soin. Pour cela, il est bien aussi que l'enfant sache ce qu'on lui fait. Cette infirmière nous a montré que cette analyse est une « *autoévaluation personnelle.* », « *une appréciation personnelle pure* » (ESD 2). Ainsi poursuit-elle : « *Non c'est vraiment de l'appréciation personnelle pure, [...]. Ba le faite que s'il pleurait et qu'il arrête de pleurer, voilà, ça tu peux l'évaluer, euh, ou s'il était agité et qu'il se calme, voilà c'est euh, ou qu'il se laisse faire ou s'il va montrer sa main ou tendre son doigt en fonction de [...] ce qu'on veut nous.* » (ESD 2).

Ensuite l'infirmière nous dit qu'elle n'a pas suivi de formation pour apprendre à adapter le jeu à l'enfant et à la situation. Cependant grâce à son expérience personnelle, à ses treize années dans le service et à sa "vie de maman", elle est en mesure de trouver ce qui pourrait intéresser l'enfant, elle est capable de s'adapter à l'âge de l'enfant. En effet elle

dit : « *Tu vois, je vais trouver un centre d'intérêt ; s'il y a la communication, je vais utiliser la communication verbale.* » (ESD 2). Pour adapter sa médiation, elle s'adapte par rapport à l'âge de l'enfant. En effet, en s'aidant des cours et des connaissances sur le développement d'un enfant normal, elle est en mesure de savoir ce que l'enfant est en mesure de réaliser à tel âge, ce qui lui permet d'avoir une notion des acquisitions de l'enfant. Cependant, ces acquisitions peuvent varier d'un enfant à un autre, il faut donc être en capacité de s'adapter. Elle affirme en effet ceci : « *déjà l'âge qu'il a, théoriquement si tu connais tes cours et le développement d'un enfant normal, bien entendu, tu es sensé savoir ce qu'il est capable de faire à tel âge donc euh, en fonction de l'âge qu'il a, ça te permet d'avoir une amplitude sur l'acquisition, soit une acquisition verbale, soit une acquisition motrice.* » (ESD 2), elle ajoute ensuite : « *c'est en fonction de l'âge et de l'acquisition et de mes cours, que tu fais déjà un rapprochement, tu sais comment tu vas lui parler, ce qu'il va être plus ou moins capable de faire.* » (ESD 2). Pour elle, cette adaptation est une interaction entre l'enfant et l'adulte, en la personne du soignant.

Enfin pour cette infirmière, la présence des parents peut être bénéfique pour le soin et elle peut aussi ne pas l'être. Effectivement à certains moments la présence des parents va être rassurante pour l'enfant et donc bénéfique pour le soin et à d'autres moments si le parent est stressé, il va transmettre son stress à l'enfant et cela ne sera pas bénéfique pour le soin. Par ailleurs, le parent va être un "un lien" pour l'enfant, un lien avec sa maison, son quotidien, sa vie en dehors de l'hôpital. « *Les parents vont être là pour rassurer l'enfant, parce que leur présence va être rassurante, [...], les parents sont vraiment là pour faire le, [...] le lien de la maison, de son environnement, de son quotidien et à ce moment-là, c'est forcément apaisant pour lui, et là c'est forcément bénéfique.* » (ESD 2). Elle nous donne ensuite en exemple, une situation qu'elle a vécue où elle a été dans l'obligation, pour que l'enfant soit calme et se laisse faire, de perfuser l'enfant dans les bras de sa mère, collé à cette dernière. A contrario, elle avoue que si les parents sont trop angoissés, stressés, inquiets, l'enfant va ressentir ce mal-être de ses parents et il va être d'avantage stressé, agité et angoissé, à ce moment-là la présence des parents n'est pas utile. Elle nous révèle ensuite qu'elle demande d'abord aux parents s'ils veulent rester, elle respecte leur choix. Si le parent veut rester, mais qu'elle le sent trop angoissé, elle va parler avec lui, lui expliquer que son enfant ressent son stress et qu'il serait plus bénéfique pour l'enfant et pour le soin qu'il ne reste pas. Elle évalue aussi la situation, l'état émotionnel du parent, le comportement de l'enfant. Pour elle, il est très important d'expliquer le soin à l'enfant, ce qu'on va lui faire ; cela permet le déroulement du soin dans des conditions optimales.

« Pareil pour les enfants, il faut savoir expliquer aux enfants ce qu'on fait, un chat c'est un chat, voilà, si tu leur expliques comment va se dérouler le soin. Il faut savoir aussi communiquer. » (ESD 2).

Ainsi pour la deuxième infirmière, l'utilisation de divers moyens permet d'entrer en communication avec l'enfant, d'attirer son attention ailleurs que sur le soin. Le jeu permet aussi que le soin, soit moins traumatisant et angoissant pour l'enfant. Il existe divers moyens qui vont des objets personnels de l'enfant comme le doudou, au matériel médical comme le stéthoscope et les abaisse-langues. Le mieux pour elle, ce sont les jouets de l'enfant parce qu'il les connaît, qu'ils lui appartiennent et qu'il les apprécie. Chez les plus grand et à partir de trois ans, la communication s'avère être un excellent dérivatif car elle permet de changer les idées de l'enfant. Le fait que l'enfant ne soit pas fixé sur le soin, qu'il regarde ailleurs, qu'il parle, soit calme et se laisse faire démontre que la médiation a été efficace. Il est aussi important que l'enfant sache ce qu'il se passe et soit prévenu de la fin du soin. Elle n'a pas été formée pour savoir comment adapter le jeu à l'enfant et à la situation. Cependant en s'aidant de son expérience personnelle et professionnelle, elle arrive à adapter son jeu ou sa médiation suivant l'âge de l'enfant et son niveau de développement, ses acquisitions aussi bien motrices que verbales. Les parents tiennent une place importante dans le soin. Ils rassurent l'enfant, ils sont un point de repère, un lien avec son quotidien. Cependant s'ils sont trop angoissés ou stressés cela va augmenter le stress, l'excitation, et l'angoisse de l'enfant. Ainsi, elle analyse avant le soin, l'état émotionnel des parents, l'état et le comportement de l'enfant, pour savoir si leur présence sera bénéfique. Dans la mesure du possible, elle tient à respecter l'avis des parents, leur décision d'assister ou non au soin. Elle explique aussi qu'il est important d'expliquer à l'enfant le soin, pour qu'il comprenne et soit plus calme. A la fin de l'entretien, elle nous a révélé que sa prise en charge de l'enfant avait évolué entre le début de sa carrière et aujourd'hui, qu'elle ne travaillait plus de la même manière.

3. Troisième entretien

Pour la puéricultrice, que nous avons interrogé, le jeu permet d'entrer en communication avec l'enfant. Cependant le jeu doit être adapté à l'âge de l'enfant. Le jeu facilite surtout le soin, il facilite la communication seulement quand l'enfant est en âge de parler. Par la suite, elle nous fait remarquer que pour entrer en communication avec un enfant de douze

ans, le jeu n'est pas nécessaire, mais qu'il est utile pour les enfants entre un et deux ans. En effet elle nous dit pour « *Un enfant de douze ans, tu n'as pas besoin de jouet pour entrer en communication avec lui. Un enfant, [...] d'un an jusqu'à deux ans, c'est quand même plus facile pour entrer en communication.* » (ESD 3). Le jeu et la communication sont utiles pour le soin. Pour entrer en communication avec un enfant, la puéricultrice nous dit qu'elle va s'adapter à son âge. Par exemple, chez les nourrissons, elle va utiliser la parole avec des « *coucou, me vois-tu ?* » ou « *coucou me voilà* » (ESD 3) ou encore des chants et des marionnettes, elle intègre aussi le parent au jeu. Elle nous fait ensuite voir qu'il existe peu de moyens pour les plus grands, ainsi dans le service, ils utilisent moins de divertissements pour eux. Avec eux, sera utilisé de façon privilégié la parole, le dialogue. Chez les enfants de deux à quatre ans, on peut aussi intégrer le doudou au soin.

Ensuite, pour affirmer que sa médiation durant le soin, a été efficace, la puéricultrice observe les mimiques de l'enfant, son adhésion au soin, l'absence de pleurs ou si ces derniers prennent fin après le soin car il y a parfois des pleurs dit « de douleurs » qui ne seront pas occultés juste avec un jeu. Les éléments qui lui permettent de dire que le soin s'est bien passé, qu'elle a réussi son entrée en communication, sont les réactions de l'enfant lorsqu'elle viendra le revoir après le soin, son comportement vis-à-vis d'elle. Ainsi elle répond à notre question sur les éléments qui lui permettent de dire que cela c'est bien passé en nous disant : « *Oui ça va être si, si quand je reviens et qu'il se met pas à hurler, je me dis que, que mon entrée en communication avec lui, s'est quand même pas trop mal passée. Si effectivement, je reviens et qu'il hurle c'est pas terrible même si, j'ai déjà fait mon soin avant. Euh, et puis oui, s'il n'y a pas de pleurs ou s'il reste en contact avec moi et qu'il se jette pas dans les bras de sa maman, ça va être ça les observations.* » (ESD 3).

A la question sur l'identification des centres d'intérêt de l'enfant, elle nous a répondu que pour les petits entre un et trois ans, elle demandait aux parents, et qu'elle connaissait les jeux adaptés à tel ou tel âge. Elle demande aussi à l'enfant ce qu'il aimait et n'aimait pas. Elle nous a ensuite révélé qu'avec sa spécialisation de puéricultrice, elle est en mesure de « *de mettre en relation la motricité de l'enfant en fonction de son âge* » (ESD 3) ainsi elle est capable « *en fonction de l'âge de l'enfant et de la motricité qu'il a acquise ou de l'éveil qu'il a acquis de mettre des jeux en place.* » (ESD 3). Elle reconnaît qu'ils ne les utilisent pas beaucoup dans le service, et que les puéricultrices en particulier, sont en capacité d'adapter le jouet à l'âge de l'enfant. Ensuite à la question sur l'adaptation au niveau de développement de l'enfant, elle nous a dit qu'il y avait des âges « clés » dans le développement de l'enfant et que par conséquent elle se fiait à cela pour adapter son jeu.

Ensuite elle a exprimé le fait qu'entre chaque enfant, il pouvait exister un écart de un à trois, quatre mois dans le développement, et par conséquent pour s'adapter, il faut savoir observer l'enfant. Il est aussi bon de demander au parent, comment il est à la maison. De plus, elle va s'adapter à l'éveil de l'enfant, au fait qu'il soit éveillé ou pas. En effet elle ajoute : « *A ce moment-là, on va pouvoir mettre en place, en fonction de son éveil. Parce que si c'est un enfant qui a 39 de température, il va pas être forcément être éveillé.* » (ESD 3).

Enfin pour elle, les parents tiennent une place importante dans le soin ; ils sont « *le seul point de repère qu'à l'enfant* » (ESD 3). En effet, lors d'une hospitalisation, les seuls points de repère de l'enfant vont être ses parents et son doudou ainsi lorsque les parents sortent de la chambre l'enfant « *va être perdu et paniqué* » (ESD 3). La puéricultrice ajoute que lorsque les parents sont détendus et présents, elle apprécie travailler avec eux. Pour elle, il est important de réaliser les soins avec les parents, dans la mesure du possible. Pour elle, le seul élément qui rendrait la présence des parents, pas bénéfique pour le soin serait, si ces derniers sont trop angoissés. La présence des parents apaise l'enfant, l'entrée en communication sera plus facile en leur présence. Par ailleurs la présence des parents quel que soit leur état émotionnel sera toujours bénéfique pour l'enfant. Cependant, si le parent présente un taux de stress, important, il va stresser tout le monde. L'enfant étant une « *vrai éponge* » (ESD 3), va s'imprégner de l'angoisse et du stress de son père ou de sa mère. Les professionnels peuvent ressentir son stress.

A la fin de l'entretien, la puéricultrice, nous a fait remarquer, que le jeu est très important et que la raison de son manque d'utilisation était le manque de formation et aussi de temps. Par ailleurs, elle dénonce le fait que les pédiatres ne sont pas sensibilisés à l'intérêt d'utiliser le jeu dans les soins. Elle ajoute que s'ils pouvaient mettre plus de chose en place cela serait mieux. Elle nous révèle aussi qu'un clown venait dans le service mais qu'il ne vient plus. Elle trouve que beaucoup de choses qui étaient utiles à la pédiatrie et au bien-être de l'enfant disparaissent.

En définitive, pour la puéricultrice, le jeu est utile pour entrer en communication avec l'enfant quand celui-ci est en âge de parler. Le divertissement est particulièrement utile et bénéfique pour le soin. Les principaux moyens qu'elle utilise sont la parole, le chant, les marionnettes et le doudou de l'enfant. Pour identifier si la médiation durant le soin a été bénéfique, il faut observer le comportement de l'enfant, ses mimiques, son adhésion au soin. L'absence de pleurs, de hurlement, de crainte lorsqu'elle va voir l'enfant après le soin

sont aussi des éléments révélateurs d'une bonne entrée en communication. Elle adapte ensuite le jeu à l'âge de l'enfant, à ses goûts et aversions, et en fonction de son niveau de développement, de son éveil et de son état. Les parents sont un point de repère pour l'enfant, leur présence est utile pour le soin lorsqu'ils ne sont pas trop stressés. Cette présence est malgré tout toujours bénéfique pour l'enfant. Les parents sont des personnes ressources pour connaître les centres d'intérêt et le niveau de développement des jeunes enfants. Il est aussi bien de les intégrer dans le jeu. De plus le manque de formation et de moyen est souvent la raison du manque d'utilisation du jeu dans les soins.

4. Analyse de l'ensemble des entretiens.

Pour la première hypothèse : "l'utilisation du jeu permet de rentrer en communication avec l'enfant", les trois professionnels interrogés s'accordent à dire que cette hypothèse se confirme. Pour elles, le divertissement lors des soins permet de rentrer en communication avec l'enfant. La troisième personne interrogée rajoute cependant, une condition, pour que le jeu permette d'entrer en communication avec l'enfant, il faut que ce dernier sache parler. Le jeu ou autre moyen détourne l'attention de l'enfant, lui change les idées, permettant ainsi que l'enfant soit captivé par la médiation et ne soit pas fixé sur le soin. Le jeu facilite aussi le soin. Il permet à l'enfant ne pas être tenu, ni "contenu". Le jeu en tant qu'objet est utile dans les soins pour les enfants jusqu'à l'âge de deux, trois ans. Après cet âge, la communication devient l'outil prédominant. Les outils que les trois personnes ici nommées utilisent, sont principalement des peluches, les doudous des enfants, les objets personnels de l'enfant, mais aussi la parole, des chants, de la musique, ainsi que certains matériaux médicaux comme le stéthoscope et les abaisse-langues détournés de leur fonction initiale. Elles s'accordent aussi à dire, que pour les plus grands la communication verbale et l'explication verbale restent le plus adapté, car ils ne s'intéressent plus beaucoup aux jouets et sont en mesure de comprendre une explication verbale simple. Elles ajoutent aussi que dans leur service, il existe peu de moyen hormis les jouets des enfants et ceux de la salle de jeu et que le jeu est peu utilisé dans les soins par manque de formation.

Pour la pré-hypothèse 2 : "le jeu rassure l'enfant, lui fait oublier ses peurs", ce qui est ressorti des divers entretiens, c'est que le jeu permet de calmer l'enfant. Si le jeu intéresse l'enfant, il évitera les hurlements, permettra que l'enfant ne bouge pas et ne se débatte pas.

Avec le jeu, le soin devient moins angoissant et moins traumatisant pour l'enfant et donc, il se déroule dans de meilleures conditions. L'appréhension chez les "plus grands", peut s'avérer être un obstacle à l'efficacité du jeu. Cependant si le jeu parvient à fonctionner, si l'enfant entre dans l'univers du jeu instauré, on observera une diminution des pleurs, de l'appréhension et de l'angoisse ainsi qu'une coopération de l'enfant qui se laisse mieux faire. Il est important de souligner que certains pleurs sont des pleurs de douleurs et ne peuvent être totalement occultés par le jeu. De plus le jeu permet l'adhésion au soin, permet un changement dans les mimiques de l'enfant. Il prépare aussi les soins qui vont suivre ; l'entrée en communication à l'aide du jeu instaure un climat qui va être identique lors des prochains soins. Ainsi si l'enfant est rassuré, n'a plus peur, il ne ressentira pas de peur lors des soins à venir. Le jeu permet un contact entre l'enfant et le soignant, il détermine la qualité de la relation soignant/soigné qui va s'instaurer. Ceci sera déterminant pour l'avenir des soins.

Pour la troisième pré-hypothèse : " il est utile de rentrer dans l'imaginaire de l'enfant, de s'adapter à l'enfant, pour instaurer un climat de confiance" Il est ressorti des trois entretiens que l'adaptation du jeu se faisait en fonction de l'âge. En effet, elles s'adaptent à l'âge de l'enfant, à son niveau de développement, à son niveau d'acquisition aussi bien acquisition verbale que motrice. Elles s'intéressent pour adapter leur jeu, aux centres d'intérêt de l'enfant, à ses goûts et aversions. Par conséquent, on peut en déduire qu'elles intéressent à l'imaginaire de l'enfant, à ce qui le passionne. Lorsqu'un enfant est en mesure de communiquer, elles parlent avec lui de son quotidien, de sa famille, du monde qui l'entoure et qui lui appartient. En général elles déplorent toutes, un manque de formation. En effet, hormis les cours qu'elles ont reçus lors de leur spécialisation pour devenir puéricultrice, pour celles qui l'ont suivie ; elles n'ont reçu aucune formation pour apprendre à utiliser convenablement le jeu dans le soin et s'adapter le jeu à la situation et à l'enfant.

Pour la quatrième pré-hypothèse : " l'implication des parents dans les soins peut s'avérer utile", les trois professionnels sont d'accord pour dire que dans la majorité des cas la présence des parents lors des soins est bénéfique pour les soins. En effet la présence des parents est bénéfique pour l'enfant car ils le rassurent, ils sont un point de repère, le lien avec leur monde et par conséquent les apaisent. Lorsqu'un enfant est apaisé, le soin se passe dans de bonnes conditions. Ainsi, la présence des parents est bénéfique pour le bon déroulement du soin. Les parents peuvent expliquer le soin à l'enfant, lui permettant ainsi

de mieux comprendre le soin et d'être plus coopératif. Par ailleurs la présence des parents permet une absence des hurlements avant le début du soin. A contrario, la présence des parents peut s'avérer être un obstacle au bon déroulement du soin. En effet, si les parents sont trop chargés en émotion, c'est-à-dire s'ils sont trop stressés, angoissés, inquiets, l'enfant va ressentir cette charge émotionnelle et va l'extérioriser. Cette charge émotionnelle va provoquer chez l'enfant une forte angoisse et une forte agitation, ce qui pourrait rendre le soin difficile à réaliser et empêcherait que celui-ci se passe dans des conditions propices. Pour les trois infirmières, une observation fine des parents, de leur état émotionnel, du comportement de l'enfant est importante pour évaluer si leur présence sera bénéfique et pour pouvoir parler avec eux. Pour elles, le dialogue avec les parents et aussi avec l'enfant est important.

Suite à ces divers entretiens, il s'est avéré que le jeu était utilisé dans les soins pour les enfants âgés de 0 à 3 ans et moins ou même pas du tout pour les enfants de 4 à 12 ans.

XI. Analyse croisée

1. L'utilisation du jeu permet d'entrer en communication avec l'enfant

Au cours des diverses lectures que nous avons réalisé, nous avons pu découvrir que la médiation nécessitait lien et communication. Cependant suite aux entretiens, nous avons pu réaliser que le jeu permettait d'entrer en communication avec l'enfant, et en attirant l'enfant, créait un lien entre l'enfant et l'objet. De plus si l'objet utilisé s'avère appartenir à l'enfant, on peut identifier un lien affectif entre l'enfant et cet objet. Par conséquent, le jeu peut être qualifié de médiateur. De surcroît la médiation se doit d'être attrayante. Nous avons pu déduire de nos entretiens que le jeu attirait l'attention de l'enfant, lui changeait les idées, détournait son attention. Nous pouvons donc en conclure que le jeu est bénéfique. Nous avons pu constater grâce au troisième entretien, que si la médiation, le jeu était réussi, un contact entre l'enfant et le soignant se mettait en place, par conséquent la médiation permet la mise en place d'un lien soignant/soigné. Par ailleurs, Thérèse Psiuk nous dit que tout soin doit posséder de la communication verbale et non verbale. Cependant au travers des entretiens, nous avons pu voir que le jeu permettait d'entrer en communication avec l'enfant et donc permettait que de la communication verbale ou non verbale se mette en place en fonction de l'âge de l'enfant. Nous pouvons dire aussi que les

divers outils utilisés dans les soins, comme les Playmobil, les abaisse-langues, les doudous sont considérés comme des médiations thérapeutiques car ils permettent d'instaurer de la communication, un échange et de créer un lien qui sera utile au bon déroulement des soins. En outre, le jeu, en tant que médiation permet d'entrer en relation avec l'enfant, pour pouvoir réaliser les soins dans des conditions propices. Par ailleurs, aucune personne interrogée n'a mentionné explicitement le fait qu'elle utilisait le jeu pour expliquer le soin à l'enfant. Nous pouvons donc penser qu'elles utilisent le jeu à des fins dérivatives et expliquent les soins à l'enfant principalement à l'aide de la communication verbale.

2. Le jeu rassure l'enfant, lui fait oublier ses peurs

Nous avons pu voir précédemment que la médiation, ici le jeu, se doit d'être sécurisant. Il ressort des entretiens que lorsque la médiation a été efficace, l'enfant est calme, il ne se débat pas, ne bouge pas, adhère au soin et coopère. Nous pouvons donc conclure que l'enfant se sent en sécurité et par conséquent que le jeu est sécurisant. De plus, la médiation doit permettre au patient de faire face à ses angoisses et doit contenir angoisses et peur, or le jeu diminue les angoisses de l'enfant vis-à-vis du soin, le jeu aide l'enfant à vaincre sa peur du soin. Pour le Docteur Winnicott, le jeu ou médiateur doit être donné aussi à l'enfant à un moment propice pour qu'il détienne toutes ses qualités, or dans nos entretiens, nous n'identifions pas la notion de moment opportun. Néanmoins, nous observons la notion d'évaluation de l'efficacité possible du jeu avant le soin. En effet, la deuxième personne interrogée, à l'aide de son exemple démontre que le jeu n'est pas toujours efficace et qu'il faut savoir identifier et reconnaître que dans certaines situations, la médiation ne fonctionnera pas.

Le soin doit contenir des émotions. Il doit laisser place aux émotions, ainsi dans nos entretiens nous pouvons constater que les pleurs et particulièrement ceux reflétant la "douleurs", ne peuvent être occultés par le jeu. Grâce au jeu en pédiatrie, le soin peut contenir "confort et chaleur" ainsi que le démontrait Walter Hesbeen. De surcroît le soin nécessite une écoute qui englobe pensées, émotions, sensations corporelles du soignant. Le jeu diminue l'angoisse et la peur et par conséquent permet, une écoute de qualité au cours du soin.

3. Il est utile de rentrer dans l'imaginaire de l'enfant, de s'adapter à l'enfant pour instaurer un climat de confiance

La médiation doit suivre le développement du patient, en effet le jeu dans ce service, est adapté à l'âge de l'enfant, à son niveau de développement et d'acquisition.

Par ailleurs, le soin est une attention particulière adaptée à la personne. Il se doit d'être personnalisé, adapté au niveau de développement de la personne. De plus, le soin nécessite créativité, subtilité, intuition, et spontanéité or les entretiens nous ont révélés que les personnes interrogées utilisaient les jeux personnels de l'enfant car il avait un affect avec, ce qui relève de l'intuition, ou ce qui leur tombait sous la main, ce qui peut relever de la spontanéité, ou encore le chant qui peut relever de la créativité. Pour Bénédicte Lombart, les soins infirmiers pédiatriques doivent intégrer développement et besoins psycho-affectifs. Ainsi les professionnels interrogés s'adaptent à l'âge de l'enfant, à son niveau d'acquisition et peuvent intégrer le doudou au soin. Néanmoins, la personne soignée doit être considérée comme un être humain, ainsi les enquêtées observent l'enfant et interrogent ses parents avant le soin pour évaluer ce qui sera mieux pour lui et pour pouvoir s'adapter à l'enfant. De surcroit, le soin doit prendre en considération les besoins de l'enfant ainsi, comme nous le dit la troisième personne, il faut évaluer l'éveil de l'enfant pour identifier ses besoins et adapter le soin et la médiation vis-à-vis de cela. Le soin est une attention particulière, donc pour que le soin soit ainsi, le jeu doit être adapté à chaque enfant. En pédiatrie, le soin demande une prise en considération de l'imaginaire de l'enfant, ainsi au sein de ce service, les centres d'intérêt, les goûts et les aversions de l'enfant sont constamment identifiés. De plus, les ressources de la personne soignée doivent être respectées ainsi, les infirmières s'adaptent à l'acquisition motrice ou verbale de l'enfant ainsi qu'à son âge pour que le jeu soit adéquate et le soin adapté. Enfin, le soin doit prendre en compte l'environnement de l'enfant. Ainsi lorsque l'enfant est en mesure de dialoguer, les infirmières lui parlent de sa famille, de son quotidien.

4. L'implication des parents dans les soins peut s'avérer utile.

Pour Bénédicte Lombart, le soin pédiatrique doit impliquer les parents. C'est pourquoi au sein du service, les parents sont présents durant les soins dans la majorité des cas. Ils sont impliqués dans les jeux et leur avis est demandé. Pour Walter Hesbeen, le soin est une

attention particulière que l'infirmière porte au patient et à son entourage. Par suite, avant chaque soin, les enquêtées identifient et observent le comportement de l'enfant et l'état émotionnel des parents pour définir si la présence parentale sera bénéfique au soin. Une distribution des rôles entre le soignant et les parents doit se faire avant le soin, ainsi dans le service, on demande aux parents s'ils désirent rester, on dialogue avec eux pour leurs expliquer ce qui va se passer. Les parents sont les points des repères de l'enfant, son lien avec son monde, son environnement. Par exemple, dans l'exemple de situation donné par la deuxième enquêtée, la mère, avait pour rôle de tenir son enfant contre elle, pour qu'il soit calme et détendu, pendant que les deux infirmières le perfusaient. Enfin dans le soin, il est important de tenir compte des ressources de l'entourage de l'enfant, ici ses parents, c'est ainsi que les parents ont la possibilité de participer au jeu, de montrer des vidéos à l'enfant depuis leur portable et sont consultés par les professionnels pour connaître les centres d'intérêt de leur enfant et son niveau de développement.

En définitive, le jeu en tant que médiateur doit permettre la mise en place de lien et de communication, doit être adapté à l'âge et au niveau d'acquisition de l'enfant pour permettre au soin d'être réalisé au mieux pour le bien du patient. Il doit être sécurisant, canaliser les angoisses et les peurs pour que le soin se déroule dans de bonnes conditions. Au regard, de ces diverses constatations, nous pouvons nous poser les questions suivantes : comment l'enfant ressent-il le soin ? Quel est son vécu du soin ?

XII. Question de recherche

Nous pouvons nous demander : “En quoi l'utilisation du jeu, a-t-il un impact sur le vécu du soin par l'enfant entre 1 et 3 ans, en pédiatrie ? “

Conclusion

En définitive, le jeu comme médiation est au service du soin infirmier. Nous avons pu voir que de nombreux hôpitaux utilisaient le jeu au sein de leurs services pédiatriques. En effet, le jeu est utilisé soit pour expliquer un soin à un enfant ou alors pour détourner son attention lors d'un soin invasif par exemple. Le jeu étant propre au monde de l'enfance, il s'avère être un outil de communication que tout enfant est en mesure de comprendre. Ainsi, il est un bon moyen pour entrer en relation, en communication avec l'enfant hospitalisé.

Par ailleurs, nous avons pu constater que le jeu est utilisé dans le service du lieu d'enquête, pour distraire l'enfant, pour lui faire oublier ses peurs et ses angoisses. Il réduit les appréhensions de l'enfant vis-à-vis du soin. Le jeu bénéfique pour le soin, permet à l'enfant d'être calme donc de ne être pas tenu et contraint. Par conséquent, le soin est moins traumatisant pour l'enfant.

Nous avons pu voir que pour que le jeu obtienne toute son efficacité, il était important de l'adapter non seulement à l'âge de l'enfant mais aussi à son niveau de développement et à ses acquisitions motrices et verbales.

En pédiatrie, le parent tient une place importante, il est un point de repère pour l'enfant. Par conséquent, il s'avère indispensable de l'intégrer au jeu et au soin. Sa présence peut aussi avoir un impact sur le bon déroulement du soin.

Suite aux réponses reçues lors de nos entretiens, nous avons pu constater que la tranche d'âge choisie au début de nos recherches, c'est-à-dire les enfants entre 1 et 12 ans, était trop large et que le jeu était plus utilisé chez les enfants entre 0 et 3 ans ; ainsi pour notre question de recherche, nous avons réduit à la tranche d'âge des enfants de 1 à 3 ans.

Nous pouvons donc nous demander : “Quel est la répercussion du jeu sur le ressenti du soin par l'enfant de 1 à 3 ans en pédiatrie ?”

Bibliographie

Ouvrages :

- BRUN, A et al, *manuel des médiations thérapeutiques*. Paris: Dunod, 2013
- HESBEEN, W, *Prendre soin à l'hôpital. Inscrire le soin infirmier dans une perspective soignante*. Issy-Les-Moulineaux: Masson,2010

Articles :

- AGBO, A. "Même pas peur, même pas mal" en anesthésie pédiatrique. *Cahier de la puéricultrice*. Mars 2014, n°275, p 20-22. Consulté le 27 août 2015.
- BRUNET, S M. La ludothérapie pour soulager la douleur de l'enfant. *Cahier de la puéricultrice*. Mars 2014, n°275, p 23-25. Consulté le 28 août 2015
- CANIL, I. On joue ? *Pratiques Les cahiers de la médecine utopique*. Juillet 2013, n°62, p 42-43. Consulté le 18 octobre 2015.
- DE FIRMAS, C. Où il y a de la parole, il y a du je(u), *Pratique Les cahiers de la médecine utopique*. Juillet 2013, n°62, p74-75. Consulté le 4 décembre 2015.
- FACHE, P. Place du jeu et du je : l'exemple du rire à l'hôpital. *Pratique Les cahiers de la médecine utopique*. Juillet 2013, n°62, p 47. Consulté le 21 octobre 2015.
- GABBAI, P. Les médiations thérapeutiques. *Santé mentale*. Octobre 2006, n°111, p24-29. Consulté le 13 janvier 2016
- HABERBUSCH, N. Entre paradoxes et affinités. *Pratique Les cahiers de la médecine utopique*. Juillet 2013, n°62, p14-16. Consulté le 14 octobre 2015.
- LARPIN, C. On joue à quoi ?. *Pratique Les cahiers de la médecine utopique*. Juillet 2013, n°62, p 27. Consulté le 21 octobre 2015.
- LELLOUCHE, J P. Le rire et la méningite. *Pratique Les cahiers de la médecine utopique*, Juillet 2013, n°62, p43. Consulté le 21 octobre 2015.
- LOMBART, B. La distraction lors des soins en pédiatrie. *Cahier de la puéricultrice*. Mars 2010, n°236, p 26-28. Consulté le 10 octobre 2015.
- LOMBART, B. Le care en pédiatrie, *recherche en soins infirmiers*, mars 2015, n°122, p 69. Consulté le 15 janvier 2016.
- MAUREL-ARRIGHI, E. L'art du possible. *Pratique Les cahiers de la médecine utopique*. Juillet 2013, n°62, p54-57. Consulté le 14 octobre 2015.
- MENARD, D. Le jeu, un moment de tendresse. *Pratique les cahiers de la médecine utopique*. Juillet 2013, n°62, p58-59. Consulté le 14 octobre 2015.

-MINGUET, B. Se former pour intégrer le jeu dans les soins. *Cahiers de la puéricultrice*. Mars 2014, n°275, p16-17. Consulté le 27 juillet 2015.

-NEYRET, V. L'imagerie par résonance magnétique expliquée par simulateur. *Cahier de la puéricultrice*. Mars 2014, n°275, p26. Consulté le 28 aout 2015.

-PETITNICOLAS, A. SCHEIBER, M. L'hôpital des nounours pour dédramatiser les soins. *Cahiers de la puéricultrice*. Mars 2014, n°275, p27-28. Consulté le 28 aout 2015

-PLANES, S. Informer l'enfant hospitalisé par des outils ludiques. *Cahier de la puéricultrice*. Mars 2014, n°275, p18-19. Consulté le 27 juillet 2015.

Documents électroniques :

-COHEN-SALMON, D. utilisation des techniques de distraction et de jeu lors des douleurs aiguës provoquées par les soins chez l'enfant. [Consulté le 26 aout 2015]. Disponible à l'adresse : http://www.cnrdr.fr/Utilisation-des-techniques-de.html?page=article-imprim&id_article=181

-GALLAND, F. Diminuer la peur et la douleur. [Consulté le 28 aout 2015]. Disponible à l'adresse : <http://www.sparadrap.org/professionnels/Nos-conseils-pratiques/Diminuer-la-peur-et-la-douleur/Distraire-les-enfants-lors-des-soins>

-PHANEUF, M. Le soin de l'enfant et le jeu. [Consulté le 25 aout 2015]. Disponible à l'adresse : <http://www.prendresoins.org/?p=2771>

Recherches électroniques :

-ANNE BRUN. *Dunod* [en ligne]. 17 janvier 2013. [Consulté le 6 janvier 2016]. Disponible à l'adresse : <http://www.dunod.com/interview/les-mediations-therapeutiques>

-CONSEIL NATIONAL. *Ordre National des Infirmiers* [en ligne]. 30 décembre 2010. [Consulté le 26 aout 2016]. Disponible à l'adresse : <http://www.Ordre-infirmiers.fr/les-infirmiers/les-metiers-infirmiers/infirmiere-pericultrice.html>

-LAROUSSE. *Larousse.fr* [en ligne]. [Consulté le 29 septembre 2015]. Disponible à l'adresse : <http://www.larousse.fr/dictionnaire/francais/mediation/50103>

-PIERRE TOUREV *La toupie* [en ligne]. [Consulté le 29 septembre 2015]. Disponible à l'adresse : <http://www.toupie.org/Dictionnaire/Mediation.htm>

-ORTOLANG. *Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales* [en ligne]. [Consulté le 14/02/2016]. Disponible à l'adresse : <http://www.cnrtl.fr/definition/soin>

-ORTOLANG. *Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales* [en ligne]. [Consulté le 20 janvier 2016]. Disponible à l'adresse : <http://www.cnrtl.fr/lexicographie/mediation>

Annexes :

Annexes I : Charte européenne de l'enfant hospitalisé

CHARTRE EUROPÉENNE DES ENFANTS HOSPITALISÉS

Rédigée à LEIDEN (Pays-Bas) en 1988 *

"Le droit aux meilleurs soins possibles est un droit fondamental, particulièrement pour les enfants" -UNESCO

-Cette charte résume et réaffirme les droits des enfants hospitalisés.

1-L'admission à l'hôpital d'un enfant ne doit être réalisée que si les soins nécessités par sa maladie ne peuvent être prodigués à la maison, en consultation externe ou en hôpital de jour.

2-Un enfant hospitalisé a le droit d'avoir ses parents ou leur substitut auprès de lui, jour et nuit, quel que soit son âge ou son état.

3-On encouragera les parents à rester auprès de leur enfant et on leur offrira pour cela toutes les facilités matérielles, sans que cela n'entraîne un supplément financier ou une perte de salaire. On informera les parents sur les règles de vie et les modes de faire propres au service afin qu'ils participent activement aux soins de leur enfant.

4-Les enfants et leurs parents ont le droit de recevoir une information sur la maladie et les soins, adaptée à leur âge et leur compréhension, afin de participer aux décisions les concernant.

5-On évitera tout examen ou traitement qui n'est pas indispensable. On essaiera de réduire au maximum les agressions physiques ou émotionnelles et la douleur.

6-Les enfants ne doivent pas être admis dans des services adultes. Ils doivent être réunis par groupes d'âge pour bénéficier de jeux, loisirs, activités éducatives adaptés à leur âge, en toute sécurité. Leurs visiteurs doivent être acceptés sans limite d'âge.

7-L'hôpital doit fournir aux enfants un environnement correspondant à leurs besoins physiques, affectifs et éducatifs, tant sur le plan de l'équipement que du personnel et de la sécurité.

8-L'équipe soignante doit être formée à répondre aux besoins psychologiques et émotionnels des enfants et de leur famille.

9-L'équipe soignante doit être organisée de façon à assurer une continuité dans les soins donnés à chaque enfant.

10 -L'intimité de chaque enfant doit être respectée. Il doit être traité avec tact et compréhension en toute circonstance.

* Charte rédigée à LEIDEN (Pays-Bas) en 1988 lors de la première conférence européenne des associations "Enfants à l'Hôpital"

Annexe II : Questionnaire des entretiens

Questionnaire entretiens

Pré-hypothèse 1 : l'utilisation de jeu permet d'entrer en communication avec l'enfant

Q1 : Pour faciliter le soin (ou dédramatiser), pensez-vous que l'utilisation d'objets (ou moyens) (jeux, jouets.....) facilitent l'entrée en communication avec l'enfant ?

Objectif : Repérer le lien entre jeu et climat de confiance

Relance : -Qu'est-ce qui vous fait dire cela ?

-que faites vous pour entrer en communication avec l'enfant ? Qu'utilisez-vous ?

Pré-hypothèse 2 : Le jeu rassure l'enfant, lui fait oublier ses peurs

Q2 : Qu'observez-vous dans le comportement de l'enfant qui permet de dire que la médiation c'est bien passée ?

Objectif : Identifier l'impact de la médiation dans le comportement de l'enfant

Relance : Quels sont les éléments, les signes qui permettent de vous dire que le soin s'est passé dans de bonnes conditions ?

Pré-hypothèse 3 : Il est utile de rentrer dans l'imaginaire de l'enfant pour instaurer un climat de confiance

Q3 : -Avez-vous la possibilité d'identifier les centres d'intérêts de l'enfant ? Etes-vous formés ?

-Comment vous adaptez vous au niveau de développement de l'enfant ?

Objectif : Identifier la place, l'importance du recours à l'imaginaire dans les soins.

Relance : -créativité/intuition/spontanéité sont-ils important pour vous

- Adaptation à l'enfant

Pré-hypothèse 4 : Impliquer les parents dans les soins peut s'avérer être efficace

Q4 : pensez-vous que la présence des parents lors d'un soin peut être bénéfique au bon déroulement du soin ?

Objectif : Identifier la place des parents dans les soins et la médiation.

Relance : -En quoi leur présence peut être bénéfique ou pas ?

-A quoi voyez-vous que la présence des parents sera bénéfique ?

Annexe III : Retranscription entretien numéro 1

| | | |
|--|----------------------|---------------------|
| ESD n° : 1 | date : 04/04/16 | service : pédiatrie |
| Heure de début : 17h13 | heure de fin : 17h21 | |
| Qualité : infirmière | | |
| Sexe : femme | | |
| Q : enquêteur | | |
| R : enquêté | | |
| Q : Mon sujet est la place du jeu dans les soins. Il concerne les enfants de 1 à 12 ans. Alors j'ai quatre grandes questions surtout. | | |
| Q : Pour faciliter le soin, pensez-vous que l'utilisation d'objets facilite l'entrée en communication avec l'enfant ? | | |
| R : Oui, oui si on prend les soins invasifs, comme les prises de sang, les aérosols, les aérosols c'est pas invasifs mais les petits, surtout les petits ils aiment pas avoir le nez obstrué donc euh, oui on leur change les idées avec des petites peluches, des petits hochets, après pour les grands, bon c'est plus pour les petits, les grands en leur expliquant cela se passe bien. | | |
| Q1.1 (relance) <i>Donc euh vous utilisez des jeux ?</i> | | |
| R : Ouai des peluches, des hochets, des..., ou leurs propres jouets si..., des fois leur ninin, leur doudou, selon ce que les parents ramènent aussi. | | |
| Q : D'accord | | |
| Q2 : Donc après qu'observez-vous dans le comportement de l'enfant qui permet de dire que la médiation, donc le jeu c'est bien passé ? | | |
| R : Eh bin euh, pour les tout petits en reprenant l'exemple de l'aérosol, s'ils finissent par se calmer ou s'intéresser à ce qu'on leur montre bin c'est bon. Et pour les plus grands, notamment pour les prises de sang ou les poses de perfusion si .., bin si ça c'est bien fait, en générale eu, ils disent comme même qu'ils ont mal, mais c'est pas, il y a pas de hurlements, ils se laissent à peu près faire aussi. | | |
| Q2.1 : (relance) <i>Quels sont les signes qui vous permettent de dire que le soin s'est bien passé ?</i> | | |
| R : Eh bin donc euh, le petit qui bouge pas trop, on va dire, qui euh, se débat pas, qui hurle pas, euh, puis oui euh, les aérosols, on est pas obligé de le contenir, voilà. Au niveau de la contention, c'est mieux. | | |
| Q3 : Est-ce que vous avez la possibilité d'identifier les centres d'intérêts de l'enfant ? et êtes-vous formé ? | | |
| R : Euh non, après nous, on fait le recueil de données mais on ne demande pas, bah pour les plus grands si, par exemple si ils font du sport, du foot, des trucs comme ça, bon bah là on sait que, que hum, qu'on pourra leur parler foot mais sinon les petits non c'est pas hum. | | |
| Q3.1 : (relance) <i>D'accord et vous n'avez pas de formation pour vous adapter ?</i> | | |
| R : Non, bah en tout cas moi en temps qu'infirmière, après les puéricultrices, je sais pas. Mais moi non je n'en ai pas eu. | | |

Q3.2 : Mais comment vous adaptez vous au niveau de développement de l'enfant ?

R : Alors, a oui par rapport à son âge, alors en néonate par exemple cela va être la tétine, pour eux voilà, euh. C'est vrai que moi, je n'ai pas été formée à ça mais, en général c'est peu toujours, oui en néonate la tétine, les petits le hochet ou la peluche, le doudou. Puis chez les plus grands bah, on essaye de leur parler, oui de, bah de leur centre d'intérêt quand on le sait, si c'est du foot ou de la danse, tel sport, bon là ça va à peu près. Chez les plus grands, c'est un peu plus compliqué comme même de, de les avoir mais (rire), de, oui d'éviter qu'ils se focalisent sur le soin quoi, c'est pas évident, les ados surtout, c'est quasiment impossible.

Q : D'accord

R : Voilà quoi, ouai.

Q4 : Après pensez-vous que la présence des parents lors du soin peut être bénéfique au bon déroulement du soin ?

R : En général, dans la majorité des cas oui, euh, oui par ce que ils peuvent rassurer, eux ils peuvent rassurer l'enfant, donc euh, il y a pas de problèmes, euh ba pareil des fois sur leur portable, ils montrent des petites vidéos qu'ils aiment bien, des petits trucs comme ça. Après nous si, on sent que le parent, enfin on propose toujours au parent s'il veut rester ou sortir ; après il a libre choix. Si vraiment, enfin ça nous est déjà arrivé de faire sortir des parents quand vraiment l'enfant il se débat et que euh, enfin qu'on voit que ça arrange que le, la présence ou pas du ou des parents cela ne changera rien du tout, donc des fois on les fait sortir, des fois c'est même mieux. Si c'est des parents qui sont un peu trop fusionnel avec leur enfant, bon ba les enfants sentent l'angoisse des parents aussi donc on essaye d'évaluer ça aussi.

Q : D'accord

Q4.1 : (relance) Et donc en quoi vous définissez si elle va être bénéfique ou pas ?

R : Donc alors, euh, bah, après ça dépend aussi de l'interaction du parent avec son enfant. Mais, on voit, bah, pareil s'il se débat un peu moins, s'il se laisse faire entre guillemet, euh, et puis oui s'il est à l'écoute de ses parents aussi. Parce que nous on explique le soin aussi, mais ils écoutent pas forcément, donc des fois rien que le parent, du fait d'expliquer, il comprendra mieux. Mais oui, c'est surtout si il se débat, de toute façon, c'est souvent qu'ils pleurent quand même mais il a plus ou moins un degré euh, ils peuvent pleurer et pas bouger et des fois c'est horrible, des fois on est couché à quatre sur eux et on n'y arrivera pas. Donc là on sait qu'il n'y a pas grand-chose qui marchera. Mais c'est surtout, ba oui chez les petits c'est surtout pleurs, le fait qu'ils hurlent. Après bon, chez les grands, on arrive plus à expliquer les choses. Ils comprennent qu'ils ont pas trop le choix. Voilà.

Q : Bon moi j'ai fini. Merci beaucoup

(Hors enregistrement)

R : Après ici on n'est pas trop centré sur la douleur, on a pas beaucoup de moyen. Je pense que dans les grands centres, ils ont plus de moyen. Ici si l'enfant n'a pas de jeu on prend ceux de la salle de jeux. Je sais que dans les centres plus spécialisés, (reprise de l'enregistrement) ils prennent les trucs à bulles là, tu sais pour faire des bulles, il paraît que cela marche très bien aussi.

Q : donc il y a comme même pas mal de choses

R : ouai, sur la prise en charge de la douleur, je pense qu'il y a des choses qui sont mieux faites dans des centres plus spécialisés, hôpital d'enfant et tout.

Q : Merci beaucoup

Annexe IV : Retranscription entretien numéro 2

| | | |
|---|----------------------|---------------------|
| ESD n° 2 | date : 08/04/16 | service : pédiatrie |
| Heure de début : 14h59 | Heure de fin : 15h12 | |
| Qualité : infirmière | | |
| Sexe : femme | | |
| Q : enquêteur | | |
| R : enquêté | | |
| Q : Mon sujet est la place du jeu dans les soins. Donc j'ai quatre grandes questions surtout. | | |
| Q1 : Pour faciliter le soin, pensez-vous que l'utilisation d'objets ou de jeux facilitent l'entrée en communication avec l'enfant ? | | |
| R : oui c'est clair, il n'y a pas photo. | | |
| Q1.1 : (relance) <i>Et en quoi ?</i> | | |
| R : En quoi, ba, on va décentraliser, on va attirer l'attention de l'enfant, déjà sur l'objet ou sur la méthode de jeu que, ça peut être une chanson, enfin toi tu parles d'objet toi. Forcément un objet ? | | |
| Q : Non, ça peut être des jeux ou n'importe quoi | | |
| R : voilà, donc nous, il y a souvent des collègues je sais pas si tu as, enfin qui chantent. Donc c'est vrai l'attention ne va plus être, on est là en train de le tenir et on va détourner son attention sur la musique ou un objet ou le ninin ou la tétine ou quelque chose. Donc déjà, il y aura le thème, le thème angoisse de l'enfant qui est d'un seul coup plaqué sur un lit pour euh, est déjà moins traumatisante, et puis en même temps un enfant moins angoissé, c'est un soin qui se passera relativement mieux. | | |
| Q : D'accord | | |
| Q1.2 : (relance) <i>Donc surtout vous vous utilisez quoi quand vous faite des soins ?</i> | | |
| R : Euh, les ninins, déjà tout ce qui est objet personnel est déjà plus pratique puisqu'ils ont un affect avec, dessus. Enfin avec le ninin. Quand il n'y a pas, euh, généralement j'aime bien, enfin ça dépend l'âge qu'ils ont, mais euh, les trucs qu'on a un peu sous la main, ce qui est dommage, euh, les abaisse langues, les choses comme ça. C'est pas très très pédagogique, mais donc voilà. Un nourrisson, qui a quatre cinq mois qui est dans la découverte, la manipulation, il va aller regarder ce qui va passer devant son regard. Euh, les stéthoscopes aussi, ils aiment bien. Donc après, ils appréhendent aussi l'environnement avec notre matériel médical, mais généralement c'est beaucoup plus le ninin ou un autre jouet. Mais des fois les jouets musicaux, trop gros et trop volumineux, ils vont pas forcément attirer le regard, bien entendu cela dépend de l'âge de l'enfant aussi. | | |
| Q : Oui c'est entre 0, 1 et 12 ans | | |
| R : 0 et 12 ans | | |
| Q : 1 et 12 ans | | |
| R : Enfin ça fait large, hein, 5 mois ils sont dans la manipulation, à tourner l'objet ; 12 mois euh, c'est quand même euh. Et plus ils sont petits, euh grand, je trouve qu'il est plus difficile d'attirer leur attention, parce qu'on a l'impression, qu'ils ont une certaine appréhension de, de ce qui va, qui va se passer. Bon après. | | |
| Q1.3 : (relance) <i>D'accord, même pour les grands qui ont vers douze ans ?</i> | | |
| R : Alors pour les plus grands, euh, les plus grands, c'est plus, j'utilise pas de jouet pour les plus grands, généralement, on va communiquer, on va utiliser la parole, même pour un | | |

enfant qui a trois ans et qui communique très bien, euh, en lui parlant euh, de la maison, des frères, des sœurs, de l'école, ou des période quand c'est Noël ou quand c'est Pâques, de choses comme ça ; c'est vrai qu'à ce moment-là, on va attirer leur regard ailleurs quoi.

Q2 : Et qu'observez-vous dans le comportement de l'enfant qui permet de dire que le jeu ou la médiation c'est bien passé ?

R : *Silence.* Alors qu'est ce qui me permet d'évaluer si mon, ouai si ce que je lui ai proposé euh

Q : Si cela été utile ou pas

R : Ouai, déjà le faite qu'il attire son regard ailleurs, en fonction si c'est un objet ou une chanson ; qu'il nous parle, si c'est une histoire de communication, euh comment je l'évalue, bin, c'est un peu de l'autoévaluation personnelle quoi, euh, bah en même temps si il était agité et que là il se calme, euh, je trouve que c'est du cent pour cent entre guillemet. Ouai c'est vrai que, et puis euh, le faite aussi qu'il sache ce qui se passe et en même temps qu'on lui dise voilà c'est terminé. Enfin il y a des étapes, euh, ouai c'est, c'est compliqué ça, d'évaluer, ouai c'est vraiment du. Parce qu'il te faut une échelle, il faut quelque choses euh ?

Q : Non, c'est juste s'il y a un élément

R : Attend je suis en train de chercher là comme ça; non c'est vraiment de l'appréciation personnelle pure, hein euh. Bah le fait que si il pleurait et qu'il arrête de pleurer, voilà, ça tu peux l'évaluer, euh, ou si il était agité et qu'il se calme, voilà c'est euh, ou qui se laisse faire, ou qui va montrer sa main ou tendre son doigt en fonction de ce que, de ce qu'on veut nous quoi, donc euh ouai, c'est vraiment euh. Si j'obtiens sans crier, non je blague je ne crie pas. Si on obtient entre guillemet que le soin ce passe sans qu'il y ait de pleurs, qu'il y ait trop de d'appréhension euh, je pense euh, je pense que c'est une évaluation comme ça. Enfin que le soin, se soit réalisé sans qu'il y ait trop d'angoisse bien entendu.

Q3 : Et avez-vous la possibilité d'identifier les centres d'intérêts de l'enfant avant et est-ce que vous êtes formée pour justement les voir et savoir vers ou diriger, quel domaine diriger votre médiation ?

R : Alors non pas du tout, on est pas du tout formé, ça c'est clair euh, deuxièmement c'est à travers mon expérience et ma vie de maman que j'ai personnellement, c'est vraiment ça. Euh, par exemple, j'ai la chance d'avoir des enfants de 10, euh de 11, 8 et 4 ans ; donc je reste comme même assez large donc après forcément, je vais pas parler de dessin animé à un enfant de quatre ans ou huit ans qui sont les mêmes. Tu vois je vais trouver un centre d'intérêt ; si il y a la communication, je vais utiliser la communication verbale, mais euh, voilà euh, c'est, c'est de mon expérience personnelle et puis euh, et puis euh douze ou treize années d'expérience ici. Donc voilà quoi.

Q3 : Comment vous adaptez vous au niveau de développement de l'enfant ?

R : comment je m'adapte au développement de l'enfant ?

Q : enfin euh c'est un peu dans le même sens, c'est euh, comment vous voyez ce qui pourrait l'intéresser,

R : Bah déjà l'âge, déjà l'âge qu'il a, théoriquement si tu connais tes cours et le développement d'un enfant normal, bien entendu, tu es sensé savoir ce qu'il est capable de faire à tel âge donc euh, en fonction de l'âge qu'il a, ça te permet d'avoir une amplitude sur l'acquisition, soit une acquisition verbale, soit une acquisition motrice ; je dirais un enfant qui a 17 mois et qui n'arrive pas à se tenir debout, là tu te poses des questions, tu vois, donc après c'est pareil, c'est, c'est en fonction de l'âge et de l'acquisition et de mes cours, euh, que tu fais déjà un rapprochement, tu sais comment tu vas lui parler, ce qui, ce qu'il

va être plus ou moins capable de faire. Après il y a des fois euh, tu tombes un peu des nues et tu adaptes entre guillemet euh, un petit peu. Un bébé euh, par exemple il y a des bébés de six mois qui arrivent à se tenir assis sans appui et puis il y en a d'autres à neuf mois, ils savent toujours pas se tenir assis sans appui ; donc euh, la forcément quand tu la mets, quand tu mets l'enfant assis des fois tu es un peu surpris donc euh, euh, c'est adapter en fonction euh. C'est une interaction de toute façon, c'est euh, ouai entre chaque enfant c'est euh, enfin entre enfant et adulte c'est une interaction, donc à chaque fois, bin tu dois adapter euh, tu dois adapter quoi. *Silence*. C'est pas une interaction en faite, une interaction c'est l'inverse, comment c'est quoi ?, euheuh, ce n'est pas une interaction, comment ça s'appelle. Je sais plus, enfin bon ça me reviendra.

Q : D'accord.

Q4 : Donc après la dernière question c'était, pensez-vous que la présence des parents lors d'un soin peut être bénéfique au bon déroulement du soin ?

R : Alors oui et non.

Q : Et qu'est-ce qui vous permet de dire ça ? en quoi la présence peut être bénéfique ou pas ?

R : Alors peut être bénéfique dans euh, soit euh les parents vont être là pour rassurer l'enfant, par ce que leur présence va être rassurante, il va y avoir, voilà il est dans un lieu complètement différent avec, euh, une situation où il est forcément, ba malade donc euh, soit les parents sont vraiment là pour euh faire le, enfin c'est le lien, c'est le lien de la maison, de son environnement, de son quotidien et à ce moment-là, c'est forcément apaisant pour lui, euh, et là c'est forcément bénéfique parce que, ba avec le son de la voix, ba la dernière fois avec Anne ; pour pouvoir perfuser un enfant ou bilanter, je ne sais plus, euh, non perfuser ; on la fait dans les bras de la mère, complètement collé. Donc ça été un peu chaotique, pour nous en terme de prise, et cætera. Mais si on l'avait allongé sur le lit, c'était ingérable. Et on a eu beau tout essayer les jouets, la parole, le machin, de toute manière il y a eu que la présence de maman qui nous a permis, et le faite qu'elle soit collée à lui qui nous a permis d'effectuer le soin. Et puis il y a des fois des parents qui sont tellement débordés d'émotions, qu'ils vont transmettre tout ce stress et cette émotion de l'enfant malade et dans l'attente de savoir ce qu'il a, de l'inquiétude et tout, qu'ils vont à l'inverse, potentialiser le, l'état d'excitation, d'agitation ou de stress de l'enfant, donc c'est vraiment pareil, c'est vraiment analyser, euh, à chaque situation, euh, euh le lien qu'il y a, comment sont les parents, euh, voilà. Et puis il y a des parents qui veulent pas assister au soin, il y en a qui veulent absolument, donc c'est, c'est vraiment du cas par cas. Et c'est en fonction de chaque chose, on adapte quoi, donc c'est, c'est un peu difficile à voir. Il y a des collègues qui ne veulent jamais les parents. Par expérience, j'ai appris qu'au contraire, des fois les parents étaient vraiment nécessaires. La dernière fois avec Anne, si la mère n'était pas là, on n'aurait jamais, jamais pu perfuser cet enfant-là. Donc euh, voilà.

Q : D'accord

Q4.1 : A quoi vous voyez que la présence des parents sera bénéfique, avant le soin ? qu'est-ce qui vous permet de dire que c'est.. ?

R : Tu veux des outils qui me permettent de ..., ouai

Q : un élément qui vous permet de dire que là vous pouvez laisser les parents rester ou partir.

R : Euh, je pose la question déjà, je pose la question. Si la maman, me dit oui, oui je veux rester absolument, je ne le quitte pas, là je ne cherche même pas à comprendre, euh, je vais de toute façon faire à son euh, enfin je vais garder la maman et voilà. Il y a des parents qui font bah, et à ce moment-là je vois comment l'enfant est, et à ce moment-là bah j'adapte.

Je respecte aussi, enfin je veux dire, c'est les parents. Moi, tu me feras jamais sortir, si tu touches mon enfant, ça c'est clair. Donc euh, euh voilà, après il faut aussi respecter, c'est leurs enfants et en plus on va faire un truc pas sympa, donc euh, voilà. Donc euh, je respecte déjà l'avis des parents et en fonction, si je vois qu'une maman veut rester mais qu'elle est débordée d'émotions, à ce moment-là, à voir avec elle, à en discuter. « Vous voulez vraiment être sûre d'être là ?, euh voilà, on peut faire autrement, il y en a pour cinq minutes, ne vous inquiétez pas » et c'est vrai qu'en discutant, il y a des mamans qui, « bon bah si, tout compte fait, c'est peut être mieux, je vais sortir et puis » euh voilà. C'est vraiment euh, j'ai du mal à te donner des outils pour euh, euh voilà. Mais c'est vrai que je demande toujours aux parents si ils veulent rester ou pas. Et en fonction de leur réponse, de l'état de l'enfant et de l'état (téléphone qui sonne). J'en étais, j'en étais euh, oui l'avis des parents et puis euh l'état émotionnel de la maman et si vraiment, je juge que l'état émotionnel, est vraiment trop, trop important et que maman va pas ou papa bien entendu, à ce moment-là, j'évalue aussi par rapport à l'état de l'enfant, enfin du comportement de l'enfant et puis euh, on avise, puis en expliquant les choses au gens ça va vachement mieux des fois. Il faut se rendre compte de ça. C'est que des fois, on leur impose des choses alors que, et ils se sentent euh, pas bin après quand on en rediscute. Alors que des fois il suffit d'expliquer, toute décision peut être argumentée. Quand elle est argumentée, elles peuvent être comprise, donc c'est ça qui est pas mal. Pareil pour les enfants, il faut savoir expliquer aux enfants ce qu'on fait, un chat c'est un chat, voilà, si tu leur explique comment va se dérouler le soin, généralement euh, parce que d'arriver et de leur sauter dessus et de leur faire des tas de trucs, il y a des fois euh, enfin moi quand on me fait des tas de trucs sans m'expliquer, je n'aime pas ça non plus. Donc euh, voilà, il faut savoir aussi euh, communiquer. Et tu as d'autres questions ?

Q : Non c'était la dernière. Merci beaucoup.

(Hors enregistrement) Je ne travaille pas pareil entre le début de mon métier et maintenant. Ma prise en charge a évolué.

Annexe V : Retranscription entretien numéro 3

| | | |
|--|----------------------|---------------------|
| ESD n°3 | date : 09/04/16 | service : pédiatrie |
| Heure de début : 14h33 | heure de fin : 14h43 | |
| Qualité : puéricultrice | | |
| Sexe : femme | | |
| Q : enquêteur | | |
| R : enquêté | | |
| Q : Alors il y a quatre questions principales. Et le sujet c'est la place du jeu dans les soins. ça concerne les enfants entre 1 et 12 ans. | | |
| R : un an et ? | | |
| Q : Douze ans. | | |
| Q1 : Pour faciliter le soin, pensez-vous que l'utilisation d'objets ou de jeux, facilite l'entrée en communication avec l'enfant ? | | |
| R : Lors d'un soin, oui cela facilite forcément. Euh, après il faut un, un jeu ou un objet adapté à l'âge de l'enfant. Euh, cela facilite le soin ! Est-ce que cela facilite l'entrée en communication, euh, cela va dépendre de l'âge de l'enfant. Un enfant de douze ans, euh, tu n'as pas besoin de jouet pour entrer en communication avec lui. Un enfant, ouai d'un an jusqu'à deux ans, c'est comme même plus facile pour entrer en communication. Par contre effectivement pour le soin, c'est comme même mieux si on peut jouer ou discuter parce que douze ans, tu discutes pas trop, euh, tu ne joues pas trop comme même. | | |
| Q1.2 : (relance) Et que ce que vous faite pour entrer en communication avec l'enfant ? Qu'est-ce que vous utilisez souvent ? | | |
| R : Bah, c'est pareil, ça dépend en fonction de l'âge. Alors, chez les nourrissons, ça va être euh, ça va être euh, des « coucou me vois tu ? » ou « coucou, me voilà », des chansons, euh, intégrer le parent aussi avec euh, en le faisant entrer dans le jeu, des marionnettes, des choses comme ça. Euh, pour les plus grands, euh, pour les plus grands, il y a beaucoup moins d'outil, enfin moi personnellement et la plus part on fait comme même moins pour les plus grands. Ça va être plus de la communication avec le, le plus grand, qu'avec du jeu. Alors encore de deux à quatre ans, on va parler euh, on va intégrer le doudou, mais euh, il y aura pas forcément de jeux, pour euh, pour euh, enfin pour le soin. Non pas forcément de jeux, non. | | |
| (silence) | | |
| Q : D'accord | | |
| Q2 : Qu'observez-vous dans le comportement de l'enfant qui permet de dire que la médiation ou l'utilisation du jeu c'est bien passée ? | | |
| R : Euh. En fonction de ses mimiques, en fonction de, euh, si euh, s'il a adhéré au soin ou pas aussi. Euh, si le soin, s'est bien passé, s'il n'y a pas eu de pleurs ou euh, si les pleurs s'arrêtent juste après le soin, parce que bon euh, on a beau mettre un jeu, des fois c'est des pleurs de douleurs, on peut pas les inhiber non plus complètement. Euh, enfin pas juste avec un jeu en tout cas. Euh, voilà, ça va être ça, mais preuve que mon, mon jeu a marché, euh pas. | | |

Q2.1 : (relance) *Il y a des éléments particuliers ou pas, des signes qui vous permettent de dire que cela s'est bien passé ?*

R : Euh. Oui ça va être si, si quand euh, je reviens et qu'il se met pas à hurler, je me dis que, que mon entrée en communication avec lui, c'est comme même pas trop mal passée. Si effectivement, je reviens et qu'il hurle c'est pas terrible même si, j'ai déjà fait mon soin avant. Euh, et puis oui, s'il n'y a pas de pleurs ou s'il reste en contact avec moi et qu'il se jette pas dans les bras de sa maman, ça va être ça va être ça les observations.

Q : D'accord

Q3 : **Avez-vous la possibilité d'identifier les centres d'intérêts de l'enfant ?**

R : (silence)

Q : Savoir ce qui l'intéresse, euh ?

R : Ba, euh. On sss, ba c'est pareil d'un enfant de un à deux ans, ou voir même trois ans, on va voir ce qui l'intéresse avec euh, principalement l'aide des parents, parce que lui, nous dire ce qui l'intéresse euh, il est pas trop capable encore de, de définir, euh, ce qu'il veut. Après, on connaît les jeux, euh, en fonction des âges des enfants. Euh, après euh, après, on leur demande, euh, pour savoir ce qu'ils aiment ou ce qu'ils aiment pas.

Q3 : **et est-ce que vous avez été formée pour vous adapter à l'enfant ? Formée pour savoir comment utiliser les jeux par rapport aux enfants ?**

R : En fonction de l'éveil de l'enfant ?

Q : Hum

R : Oui de par ma formation avec euh, parce que moi, j'ai le, la spécialité puéricultrice, donc euh, ça fait comme même euh, une grosse partie euh, d'accordée, euh, de mettre en relation la motricité de l'enfant en fonction de son âge, donc euh je suis euh, capable de euh, en fonction de l'âge de l'enfant et de la motricité qu'il a acquise ou de l'éveil qu'il a acquis de mettre des jeux en place. Après les utiliser dans le service, on le fait beaucoup moins. Mais euh, oui normalement, on est sensé, on est sensé pouvoir, enfin surtout, en tout cas les puér, puisqu'on a cette formation en plus, de pouvoir euh, mettre en lien, enfin de euh, les bons jouets avec le bon enfant, enfin le bon âge je veux dire.

Q3: **Comment vous vous adaptez au niveau de développement de l'enfant ?**

R : Pardon ?

Q : Comment vous adaptez ou niveau de développement de l'enfant ?

R : Comment on s'adapte ?

Q : Oui

R : Déjà on connaît le, euh, enfin je veux dire chaque, euh, chaque âge a comme même, euh, il y a comme des âges clés en fonction de la motricité de l'enfant. Euh, euh, donc on va adapter, euh, par rapport à ça, après, il y a des différences de trois, deux, aller on va dire de un à trois/quatre mois, euh, en fonction d'un enfant à un autre. Euh, et puis on va s'adapter en l'observant, bon après c'est pareil, en milieu hospitalier, en l'observant c'est compliqué parce qu'un enfant malade, il va pas forcément faire les mêmes choses qu'il fait à la maison ; donc c'est pareil les personnes ressources ça va être les parents qui vont nous dire, comment, il se comporte à la maison. A ce moment-là, on va pouvoir mettre en place, euh, en fonction de son éveil. Parce que si c'est un enfant qui a 39 de température, il va pas être forcément être éveillé quoi.

Q : D'accord

Q4 : **la dernière c'est : pensez-vous que la présence des parents lors d'un soin peut être bénéfique au bon déroulement du soin ?**

R : Oui

Q4.1 : (relance) *Et qu'est-ce qui vous fait dire ça ?*

R : Bah, la présence des parents est très importante lors d'un soin parce que c'est le seul point de repère qu'à l'enfant. Donc, euh, alors après si c'est un enfant qui a l'habitude d'être hospitalisé c'est différent, mais si c'est un enfant qui a pas l'habitude, du moins qui a déjà été hospitalisé mais qui a oublié, son seul point de repère c'est, ça va être son doudou et ses parents. Donc si en plus, on leur retire ça, euh, là, il va être perdu et paniqué. Après euh, c'est bien, enfin moins personnellement pour ma part, j'aime bien piquer avec les parents quand les parents sont disponibles et ne sont pas supra angoissés. Ils y sont forcément parce que c'est leur enfant, mais si c'est pour qu'ils pleurent avec l'enfant et qu'ils rassurent pas l'enfant, il y a pas d'intérêt au contraire ça va être encore pire. Donc euh, oui, pour moi c'est important de faire les soins en présence des parents. Dans la mesure du possible.

Q4.2 : (relance) *Et qu'est-ce qui vous fait dire que la présence des parents va être bénéfique ou pas ?*

R : Ba, parce qu'on le remarque, que cela les apaise. Souvent les enfants quand le parent quitte la pièce, il hurle déjà, alors euh, alors que si le parent est là, il hurle que quand on commence le soin. Il y a déjà du mieux, c'est déjà euh, la com, enfin puis on en revient à ta première question, où l'entrée en communication, si, enfin si tu le fait sans le parent, on est des personnes étrangères qui sommes en blouse blanche ; il se demande ce qui lui arrive ; il est pas bien. Euh, tous ces facteurs-là, plus euh, le facteur sans parents, c'est, enfin, c'est super compliqué pour eux. C'est, enfin, ils comprennent pas ce qui leur arrive. Donc euh, oui.

Q4.3: (relance) *Donc pour vous elle est toujours bénéfique ou il y a des moments où elle ne le sera pas?*

R : Elle l'est pas, comme je t'ai dit quand les parents sont, euh, hyper stressés. Après en général quand tu l'expliques aux parents, euh, que plus ils vont être stressés, plus l'enfant va stressé, plus ça va stresser tout le monde, parce que nous aussi ça nous stresse ; plus quand les parents sont stressés cela n'arrange personne. « ne le ratez pas », « piquez pas trois fois ». oui, on fera du mieux qu'on peut donc ça, ça va être effectivement, des choses qui vont pas être bénéfique mais qui vont pas être bénéfique pour nous. Pas pour l'enfant, cela restera comme même plus bénéfique pour l'enfant, euh, qu'il reste euh, qu'il reste là. Après oui, effectivement, cela va pas être bénéfique si euh, les parents sont très stressés ou qu'ils pleurent à coté de leur enfant. Euh, l'enfant, il ne va pas comprendre pourquoi sa maman, son père pleure, à côté. C'est des vrai éponges, donc ils vont ; émotionnellement, il va transférer euh, comme sa maman quoi, ou son papa.

Q : D'accord, bon ba c'est bon pour moi.

R : Après le, le jeu c'est super important, nous on ne l'utilise pas assez ici, parce que, euh, c'est un manque de formation et puis qu'on a des pédiatres qui comprennent pas trop pourquoi, enfin qui voient pas trop l'intérêt ; effectivement si on pouvait faire plus, mettre plus de, euh. Enfin plus de jeux, nous on peut le faire cela fait partie de notre rôle, mais mettre des choses en place comme euh, enfin un truc tout bête comme les bulles de savon, c'est quelque chose qui marche super bien mais on a pas trop le droit de mettre, de ramener ça ici. Avant on avait un clown, on a plus. Ces choses qui disparaissent, qui étaient bénéfiques pour la pédiatrie. Voilà.

Q : Merci beaucoup.

Annexe VI : Tableau d'analyse des ESD n°1

| Thèmes | Catégories | Texte entretien 1 |
|-------------------------|-------------|---|
| Divertissement | Parole | Expliquer |
| | Attention | Changer les idées. |
| | Moyens | Peluches. Hochets, leurs propres jouets. Ninin. Doudou. Petites vidéos |
| Comportement | Emotions | Pleurs. |
| | Expressions | Calmer. Il n'y a pas de hurlement. Ils se laissent à peu près faire. Le petit qui ne bouge pas. |
| Niveau de développement | Agés | Par rapport à son âge. |
| | Adaptation | Centre d'intérêt. |
| Place des parents | Aide | Ils peuvent rassurer l'enfant. |
| | Repères | Le parent du fait d'expliquer, il comprendra mieux. |

Annexe VII : Tableau d'analyse ESD n°2

| Thèmes | Catégories | Texte entretien 2 |
|-------------------------|---------------------------------------|---|
| Communication | Parole Attention Moyens | On va communiquer. On va décentraliser, on va attirer l'attention de l'enfant sur l'objet ou sur la méthode de jeu que, ça peut être une chanson. Musique. Tétine. Les ninins, déjà tout ce qui est objet personnel. Les abaisses langue. Les stéthoscopes |
| Comportement | Emotions Expressions | Angoisse. Les ninins [...] puisqu'ils ont un affecte avec, dessus. Ils appréhendent aussi l'environnement avec notre matériel médical. Appréhension. S'il était agité et que là il se calme. Le fait qu'il pleurait et qu'il arrête de pleurer. Pleurs. |
| Niveau de développement | Ages Adaptation | L'âge. Centres d'intérêt. Communication verbale. Acquisitions. |
| Place des parents | Aide | C'est forcément bénéfique. Des fois les parents étaient |

| | | |
|--|---------|---|
| | Repères | <p>vraiment nécessaires.</p> <p>Les parents vont être là pour rassurer l'enfant.</p> <p>Les parents sont vraiment là pour euh, faire le, enfin c'est le lien, c'est le lien de la maison, de son environnement, de son quotidien.</p> |
|--|---------|---|

Annexe VIII : Tableau d'analyse ESD n°3

| Thèmes | Catégories | Texte entretien 3 |
|-------------------------|---------------------------------------|---|
| Communication | Parole Attention Moyens | Facile pour entrer en communication. « coucou me vois-tu ? » « coucou, me voit là ». Ça va être de la communication. Un jeu ou un objet. Des chansons. Des marionnettes, des choses comme ça. On va intégrer le doudou. |
| Comportement | Emotions Expressions | En fonction des mimiques, en fonction de, euh, s'il a adhérer au soin ou pas aussi. S'il n'y a pas eu de pleurs. Je reviens et qu'il se met pas à hurler. S'il reste en contact avec moi. Il va être perdu et paniqué. |
| Niveau de développement | Ages | Adapté à l'âge de l'enfant. En fonction de l'âge des enfants. De mettre en relation la motricité de l'enfant de l'âge de l'enfant et de la motricité qu'il a acquise ou de l'éveil qu'il a acquis de mettre des jeux en place. |

| | | |
|-------------------|----------------------------|---|
| | Adaptation | <p>Il y a des âges clé en fonction de la motricité de l'enfant.</p> <p>On leur demande, euh, pour savoir ce qu'ils aiment ou ce qu'ils n'aiment pas.</p> <p>On va adapter par rapport à ça. On s'adapte en l'observant</p> |
| Place des parents | <p>Aide</p> <p>Repères</p> | <p>Parce qu'on remarque que cela les apaise.</p> <p>Cela reste comme même plus bénéfique pour l'enfant [...] qu'il reste là.</p> <p>La présence des parents est très importante lors d'un soin parce que c'est le seul point de repère qu'à l'enfant.</p> |

Quand jeu et soin cohabitent en pédiatrie

Résumé :

Chaque année, de nombreux enfants passent un séjour à l'hôpital pour de pathologies aiguës ou une opération. Nombreux sont ceux qui appréhendent les soins, qui leur seront prodigués. Cette appréhension peut s'avérer être un obstacle au bon déroulement du soin, l'enfant peut ressentir une forte angoisse qu'il va extérioriser par des pleurs et/ou une agitation. Ainsi le jeu peut être un élément facilitateur au bon déroulement des soins en pédiatrie.

Pour confirmer ou infirmer cette hypothèse des entretiens semi-directifs ont été réalisés au sein d'un service de pédiatrie.

Le jeu faisant partie du monde de l'enfance, est un outil qui permet à l'enfant de rentrer dans un monde imaginaire et de faire abstraction du soin. Le jeu capte son attention, l'enfant est alors plus détendu et se laisse faire, permettant ainsi au soin d'être effectué au mieux.

Mots clés : soin, médiation, jeu, enfant.

Jeanne CLAISSE

Sous la direction de : Madame Pascale PARISOT