



Pôle de formation des professionnels de santé du CHU Rennes.
2, rue Henri Le Guilloux 35033 Rennes Cedex 09

Mémoire d'Initiation à la Recherche en Soins Infirmiers

La médiation un enjeu à l'adhésion



Formateur référent mémoire :

Anne-Marie LEBRETON

JEHANNO Enora
Formation infirmière
Promotion 2018-2021

Le 10 mai 2021



Pôle de formation des professionnels de santé du CHU Rennes.
2, rue Henri Le Guilloux 35033 Rennes Cedex 09

Mémoire d'Initiation à la Recherche en Soins Infirmiers

La médiation un enjeu à l'adhésion



Formateur référent mémoire :

Anne-Marie LEBRETON

JEHANNO Enora

Formation infirmière

Promotion 2018-2021

Le 10 mai 2021



PRÉFET DE LA RÉGION BRETAGNE

**DIRECTION REGIONALE
DE LA JEUNESSE, DES SPORTS
ET DE LA COHÉSION SOCIALE**
Pôle formation-certification-métier

Diplôme d'Etat Infirmier

Travaux de fin d'études :

La médiation un enjeu à l'adhésion

Conformément à l'article L 122-4 du code de la propriété intellectuelle du 3 juillet 1992 :
« toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite. Il en est de même pour la traduction, l'adaptation ou la transformation, l'arrangement ou la reproduction par un art ou un procédé quelconque ».

J'atteste sur l'honneur que la rédaction des travaux de fin d'études, réalisée en vue de l'obtention du diplôme d'Etat Infirmier est uniquement la transcription de mes réflexions et mon travail personnel.

Et si pour mon argumentation, je copie, j'emprunte un extrait, une partie ou la totalité de page d'un texte, je certifie avoir précisé les sources bibliographiques.

Le 10 mai 2021

Identité et signature de l'étudiant : JEHANNO Enora

Fraudes aux examens :

CODE PENAL, TITRE IV DES ATTEINTES A LA CONFIANCE PUBLIQUE

CHAPITRE PREMIER : DES FAUX

Art. 441-1 : Constitue un faux toute altération frauduleuse de la vérité, de nature à causer un préjudice et accomplie par quelque moyen que ce soit, dans un écrit ou tout autre support d'expression de la pensée qui a pour objet ou qui peut avoir pour effet d'établir la preuve d'un droit ou d'un fait ayant des conséquences juridiques.

Le faux et l'usage de faux sont punis de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 € d'amende.

Loi du 23 décembre 1901, réprimant les fraudes dans les examens et concours publics.

Art. 1^{er} : Toute fraude commise dans les examens et les concours publics qui ont pour objet l'entrée dans une administration publique ou l'acquisition d'un diplôme délivré par l'Etat constitue un délit.

REMERCIEMENTS

A ma guidante de mémoire, Madame LEBRETON Anne Marie, pour son aide et ses conseils durant la réalisation de ce travail de fin d'étude.

A ma référente pédagogique, Madame BOR Sophie, pour son soutien et son écoute pendant ses deux dernières années.

L'équipe pédagogique de l'IFSI pour m'avoir fait grandir, pour la qualité de leurs enseignements et leurs accompagnements durant cette formation.

Les divers professionnels de santé que j'ai pu rencontrer lors de mes stages, pour m'avoir fait évoluer, transmis leurs savoirs et m'avoir fait confiance.

Je voudrais également remercier les deux professionnelles de santé, pour leur collaboration et le temps qu'elles m'ont accordé pour les entretiens, sans qui ce travail n'aurait pu aboutir.

Un grand merci à Adeline, Anaïs, Eloïse et Léa mes amies de l'IFSI pour tous ces moments partagés durant ces trois années. Merci pour l'entraide, le soutien, l'écoute et tous ces moments de rire qui ont rythmé notre formation.

Milles merci à mon Valentin pour m'avoir soutenue et encouragée durant la réalisation de ce travail, mes études ainsi qu'au quotidien. Merci à lui pour son amour et de m'avoir valorisée lorsque je ne croyais pas en moi.

J'ai une pensée toute particulière à mes parents pour leur éducation, m'avoir permis de faire des études et pour avoir toujours cru en moi. Merci à ma mère pour m'avoir soutenue, conseillée dans mes recherches et pour le travail de relecture.

Enfin du fond du cœur, je tiens à remercier mes deux grandes sœurs Coralie et Justine, elles ont toujours été un exemple, une force et un soutien pour moi. Merci à elles d'avoir toujours encouragé leur petite sœur.

SOMMAIRE

I - Introduction	Page 1 à 2
II - Le cheminement vers la question de départ	Page 2 à 5
2.1 - Les situations d'appels.....	Page 2 à 4
2.2 - Le questionnement et formulation de la question de départ....	Page 4 à 5
III - Le cadre théorique	Page 5 à 15
3.1 - L'enfant de 3 à 8 ans.....	Page 5 à 9
3.1.1) Le développement de l'enfant entre 3 et 8 ans.....	Page 5 à 7
3.1.1.1 / Développement cognitif et intellectuel.....	Page 5 à 6
3.1.1.2 / Développement psychoaffectif et social.....	Page 7
3.1.2) Les besoins de l'enfant hospitalisé.....	Page 8 à 9
3.2 - Réalisation d'un soin invasif auprès de l'enfant.....	Page 9 à 12
3.2.1) Définition soin invasif et représentation chez l'enfant.....	Page 9 à 10
3.2.2) Impact du soin sur l'enfant : Douleur et/ou peur ?.....	Page 10 à 11
3.2.3) Collaboration avec les parents / AP - AS.....	Page 11 à 12
3.3 - Adhésion aux soins.....	Page 13 à 16
3.3.1) Communication.....	Page 13 à 14
3.3.2) Médiation.....	Page 14 à 15
3.3.3) Mémoire du soin.....	Page 15 à 16
IV - Enquête	Page 16 à 22
4.1) Méthodologie.....	Page 16 à 17
4.2) Analyse descriptive des entretiens.....	Page 17 à 22
V - Discussion	Page 23 à 31
VI - Conclusion	Page 31 à 32
Bibliographie	Page 33 à 34

I - Guide d'entretien

II - Retranscription des entretiens

III - Tableaux d'analyses

IV - Charte de l'enfant hospitalisé

V - Les cinq dimensions de l'adhésion (OMS)

Siglier / Glossaire

IPDE : Infirmière Puéricultrice Diplômée d'Etat

MEOPA : Mélange Équimoléculaire Oxygène Protoxyde d'Azote

EMLA : Crème localement anesthésiante

AS : Aide - soignant(e)

AP : Auxiliaire de Puériculture

“C'est une loi universelle et éternelle selon laquelle l'homme préfère donner son adhésion à celui qui le charme plutôt qu'à celui qui le convainc.”

(Georges Picard)

I - Introduction

Etudiante infirmière en troisième année au sein de l'Institut de Formation en Soins Infirmiers du CHU de Pontchaillou à Rennes, je réalise mon Mémoire d'Initiation à la Recherche en Soins Infirmiers (MIRSI) dans le cadre de l'évaluation des unités d'enseignements 3.4 « Initiation à la démarche de recherche », 5.6 « Analyse de la qualité et traitement des données scientifiques et professionnelles » et 6.2 « Anglais ». Ce travail a pour but de développer notre capacité d'adaptation, d'investigation et de compréhension pour nous amener à acquérir une posture réflexive. En effet, tout au long de cette formation, au travers de constantes remises en question, nous n'avons cessé d'avoir le souci de bien faire afin d'améliorer notre pratique professionnelle. Ce travail nous permet donc de nous projeter en tant que futur professionnel en abordant un thème qui nous tient à cœur.

J'ai donc décidé de réaliser ce travail de recherche sur l'importance de la médiation auprès des enfants, pour favoriser l'adhésion aux soins.

C'est au cours d'un stage en pédiatrie que j'ai été confrontée à des situations qui m'ont posée question et interpellée. J'ai choisi ce sujet car il me tient à cœur et représente un intérêt pour ma pratique en tant que future soignante. De plus, l'univers de la pédiatrie et de l'enfance m'intéresse tout particulièrement car j'ai le souhait de me spécialiser auprès des enfants en devenant infirmière puéricultrice.

Lors de mon stage, j'ai pu observer les spécificités de la réalisation d'un soin invasif chez un enfant et les difficultés que les soignants peuvent rencontrer durant sa réalisation. J'ai souvent constaté la douleur et l'anxiété des enfants avec ce type de soins, également la peur et la méfiance qui se tournaient vers le soignant "celui qui fait mal". Cette peur et cette méfiance se répercutant ainsi sur tous les soins et même parfois sur tout le personnel soignant.

C'est en observant les soignants utiliser la médiation lors des soins invasifs, que j'ai pu remarquer que le soin se déroulait de façon totalement différente. En effet l'enfant était apaisée et la relation de confiance était sauvegardée. Cela permettait à l'enfant d'être concentré sur un sentiment ou une sensation positive. J'ai pu noter que c'était un réel enjeu dans la prise en soin des enfants. J'ai découvert également que le travail en binôme et la présence des parents favorisent cette médiation. Ainsi j'ai vu des enfants ne plus avoir peur mais au contraire adhérer à leurs soins. Mon travail de recherche me permettra donc de développer l'intérêt de la médiation auprès des enfants pendant un soin qui peut engendrer des sentiments négatifs. Puis de préciser dans quelles mesures cette

médiation peut aider à l'adhésion aux soins. En tant que future soignante, il est primordial pour moi que le patient adhère aux soins et ne se sente pas contraint de les subir.

Dans un premier temps, j'exposerai deux situations qui m'ont interpellée, le questionnement que cela a créé et la question de départ que j'ai posée. Ensuite dans une première partie le cadre théorique sera présenté. Une deuxième partie sera consacrée à une phase d'enquête avec la présentation de la méthodologie choisie et sa réalisation puis l'analyse des entretiens. Une troisième et dernière partie fera l'objet d'une discussion et la formulation d'une hypothèse. La discussion confronte le cadre théorique, les entretiens ainsi que mon positionnement et mon point de vue en tant que future professionnelle.

II - Le cheminement vers la question de départ

2.1 - Les situations d'appel

Au cours d'un de mes stages, j'ai été confrontée à des situations qui m'ont interpellée et questionnée. Je me suis intéressée à l'intérêt de l'utilisation de la médiation par l'infirmière lors d'un soin qui induit une douleur ou de la peur chez un enfant. Je me suis aussi questionnée sur le rôle de l'infirmière dans l'adhésion aux soins.

Je suis en stage dans un service de pédiatrie. Les hospitalisations peuvent durer de 2 / 3 jours à quelques mois. Le service accueille également, de temps en temps, des enfants à la journée. C'est pour des Test de Provocations Orales (TPO) afin de désensibiliser les enfants à certains aliments ou médicaments. Pour cela les enfants prennent une dose diluée de l'allergène par la bouche. Cette dose augmente sur plusieurs heures. Etant donné qu'il y a un risque de réaction allergique et de choc anaphylactique, nous posons une perfusion en prévention. Ainsi, il y a une voie directe pour injecter rapidement tout produit nécessaire en cas de choc.

C'est dans ce contexte de pose de perfusion pour des TPO, que mes situations d'appels ont vu le jour.

La première situation concerne T, un petit garçon de 3 ans. T vient pour désensibilisation au soja. T est accompagné de sa maman. A l'arrivée de T, avec l'infirmière on se présente et l'on explique le déroulé de la journée à lui et sa maman. On installe T dans sa chambre et on lui pose des patches d'EMLA pour réaliser la pose de perfusion une heure plus tard. L'infirmière et moi expliquons l'intérêt de la perfusion à la maman puis à T avec des mots qu'il peut comprendre. On explique également

pourquoi nous posons des patchs sur sa peau. Il acquiesce, il semble bien installé dans sa chambre et serein. Il joue avec sa maman et ses jeux.

Je suis en stage depuis plusieurs semaines et l'infirmière me confie la réalisation de la pose de perfusion chez T. Avant de réaliser le soin nous demandons à la maman et à T, s'il y a besoin du MEOPA pour la réalisation du soin. La maman répond que non "T est un garçon très facile". T ne veut pas non plus du masque après qu'on lui a expliqué le fonctionnement. Après l'avoir installé, je prépare donc tout ce dont j'ai besoin pour la perfusion. L'infirmière est avec moi pour divertir T pendant le soin. Elle discute avec T, en jouant avec des peluches. Sa maman est à côté de lui, elle lui caresse la tête, tout en lui parlant. Je vois que T n'est concentré ni sur sa maman qui lui parle, ni sur l'histoire de l'infirmière. Il me regarde et observe ce que je fais. J'essaie de le distraire en lui parlant. Je pense avoir réussi.

Une fois une veine repérée sur sa main, je perfuse. A ce moment, T crie, et commence à pleurer. Personne ne le tient, il retire brusquement sa main. La veine éclate, il saigne et un hématome se forme sur sa main. T pleure de plus en plus et recule à mon contact lorsque que j'essaie de comprimer le saignement. Je stoppe le saignement et pose un pansement. T hurle et pleure de plus en plus. L'infirmière et moi essayons de le rassurer et de le reconforter, mais il se réfugie dans les bras de sa maman. Il nous faut plus de 30 minutes pour réussir à s'approcher à nouveau de lui. L'infirmière pose la nouvelle perfusion. Cela se fait dans les pleurs et les cris. On est obligé de maintenir T. Par la suite, les différents soins fait dans la journée, sont compliqués. Les prises de tensions régulières seront très mal vécues par T. Dès que nous entrons dans la chambre, il pleure et se cache sous sa couette. T à peur de nous.

La deuxième situation est dans le même contexte de pose de perfusion pour un TPO. Cette fois c'est L, un petit garçon âgé de 4 ans. Il vient pour une désensibilisation à un antibiotique. J'accueille l'enfant et son papa qui l'accompagne. Je leur explique le déroulé de la journée et la nécessité de poser une perfusion avec des mots que L peut comprendre. Une fois installé dans la chambre, je pose des patchs d'EMLA pour anesthésier sa peau. Une heure plus tard, c'est le moment de poser la perfusion. La puéricultrice m'accompagne pour distraire l'enfant durant le soin. Je montre mon matériel à L et lui explique l'intérêt. Il est curieux et amusé de découvrir tous "ces objets". Le papa de L décide de se mettre en retrait. Il se met derrière lui, il le tient en l'enlaçant, lui dit qu'il est là mais qu'il faut écouter "la dame". Cette dame, c'est la puéricultrice qui lui lit un livre interactif. L se prend vite au jeu. Son papa ne parle plus, il l'enlace. De mon côté, je ne parle plus non plus à L et suis concentrée sur mon soin. Je me sens prête et sens L très concentré sur la distraction de la puéricultrice. Je la laisse créer un lien et une relation de confiance par le jeu. Je me fais oublier.

Je pique. L est un peu surpris, lève la tête pour regarder son papa puis continue de jouer et rigoler avec la puéricultrice. Je peux sereinement réaliser mon soin. Durant tout le reste de la journée, L est content de nous voir. Tous les soins sont faits dans la bonne humeur et sans peur envers les soignants. L dit même avoir passé “une super journée” à l’hôpital.

2.2 - Le questionnement et formulation de la question de départ

Ces deux situations rencontrées m’ont amenée à me questionner. Les différentes questions que je me suis posées sont les suivantes :

- Si l’enfant pour qui le soin s’est mal déroulé, est de nouveau hospitalisé ou à de nouveaux soins, gardera-t-il une peur envers les soignants et le milieu médical ?
 - Les prochains soins pour ce patient seront-ils difficiles?
 - La confiance avec l’équipe soignante est-elle perdue ?
- Quel rôle à l’IDE sur l’impact de la réalisation d’un soin ?
- Quel rôle joue l’IDE dans l’adhésion aux soins de ses patients ?
- Peut-on atténuer ou effacer une mauvaise expérience de soin chez un patient ?
- Quel a été l’intérêt d’effectuer ce soin en binôme ?
 - Quelle est la place des parents lors d’un soin invasif auprès de leur enfant ?
- L’enfant pour qui tout s’est bien déroulé, aura t il un souvenir agréable ?
 - Sera-t-il plus simple pour lui d’avoir d’autres soins à l’avenir ?
 - Possédons nous une mémoire du soin ?
- Comment expliquer un soin invasif à un enfant ?
 - Quel est le développement d’un enfant de moins de 10 ans ?
 - Qu’est ce qu’un soin invasif pour lui ?
- Quelle a été la place de la médiation dans la réalisation de ce soin?
 - Favorise t-elle l’adhésion aux soins chez un patient ?
 - Un soin se déroule-t-il mieux grâce à la médiation ?

Toutes ces questions ont orienté mes lectures et recherches et m’ont dirigée vers une question de départ :

En quoi l’utilisation de la médiation par l’infirmière, participe-t-elle à l’adhésion aux soins d’un enfant entre 3 et 8 ans, lors d’un soin invasif ?

A travers cette question je souhaite définir plusieurs notions : développement de l'enfant, soin invasif, médiation, adhésion. Ces notions que je souhaite comprendre seront mon plan pour le cadre conceptuel. Le développement de l'enfant, ce qu'il comprend, comment il s'exprime, sont des points que j'ai envie d'étudier. La définition d'un soin invasif et son impact me questionnent. Je souhaite également comprendre comment et pourquoi l'utilisation de la médiation peut favoriser le soin avec un enfant. Ainsi que le lien entre médiation et adhésion. Pour finir, c'est l'importance de l'adhésion aux soins que je voudrais explorer.

III - Le cadre théorique

3.1 - L'enfant de 3 à 8 ans

La Convention Internationale des Droits de l'Enfant (CIDE), définit l'enfant comme "tout être humain de moins de 18 ans".

(<https://solidarites-sante.gouv.fr/affaires-sociales/familles-enfance/30anscide/article/la-cide-qu-est-ce-que-c-est>). Afin de prendre en soin le mieux possible un enfant, il est important selon son âge, de connaître son développement psychomoteur et psychosocial. Ainsi l'infirmière peut adapter sa communication et ses pratiques à ce que l'enfant peut comprendre et accepter.

3.1.1) Développement de l'enfant entre 3 et 8 ans

3.1.1.1 / Développement cognitif, intellectuel et langagier

Le développement cognitif est l'évolution des cinq sens (l'odorat, le goût, le toucher, l'ouïe et la vue) et le développement de facultés telles que la pensée, la mémoire, l'intelligence, apprendre, comprendre le langage et l'utiliser.

(<https://www.aboutkidshealth.ca/fr/Article?contentid=488&language=French>)

(<https://apprendreaeducer.fr/developpement-de-la-pensee-enfants/>)

Jean Piaget (psychologue suisse) (N.Nader-Grosbois, 2006, p.39) décrit quatre stades de développement cognitif chez l'enfant. Entre 3 et 8 ans selon Piaget c'est la période de la pensée représentative et préopératoire (2 à 7-8 ans). Elle contient, grâce à l'acquisition du langage, trois changements chez l'enfant.

- 1) La socialisation : Un échange est possible entre l'enfant et autrui. Ce sont ses premières relations sociales en dehors de sa famille.
- 2) La pensée : Une intériorisation de la parole
- 3) L'intuition : L'enfant s'appuie sur son propre jugement, intuition mais sans raisonnement logique

Selon C.Clément et E.Demont (Dunod, 2008, p.58-59) cette période permet les évocations mentales d'objets ou événements absents au moyen de signes ou de symboles. L'enfant peut dorénavant se représenter une action dans sa tête. Le stade préopératoire se caractérise ainsi par le passage de l'action effective à l'action intériorisée (la pensée). L'intériorisation des actions est rendue possible grâce à l'émergence de la fonction sémiotique ou symbolique. En effet, l'enfant devient capable de se représenter mentalement, d'évoquer un objet ou une situation en son absence à l'aide de différents signifiants. L'imitation différée, les jeux symboliques, les dessins ou enfin le langage constituent les instruments de la fonction symbolique. Le premier jeu symbolique est celui du faire semblant.

Le jeu du faire semblant constitue un moyen d'expression propre à l'enfant d'exercer un système de signifiants construits par lui et ployables à volonté. Les symboles utilisés n'ont pas à se conformer au modèle et l'enfant les utilise et les transforme à sa guise, selon ses désirs. Pendant cette période, l'enfant reste néanmoins dépendant des apparences, de ses perceptions. Sa pensée est prisonnière de l'aspect des données : l'enfant juge en fonction des données perceptives (par exemple, il croit qu'un objet qui a changé de forme a aussi changé de quantité ou de poids). Il raisonne de façon unidimensionnelle, ce qui sera à l'origine d'erreurs typiques de raisonnement. L'enfant est incapable d'envisager et de coordonner tous les aspects des situations et incapable d'adopter un autre point de vue que le sien propre."

Jacques Salomé dit "cette fonction symbolisant d'objets, de paroles, d'actes, favorisera l'intégration de certains aspects de la vie, qui seraient, sans cela, perçus comme trop menaçants, trop destructeurs, pour le jeune enfant".

A cet âge, l'enfant conçoit donc les choses qui l'entourent à sa manière, et réagit en fonction de ce qu'il s'imagine et de ce qu'il peut comprendre.

3.1.1.2 / Développement psychoaffectif et social

(A.Baudier et B.Céleste, 1990, p.57) “Les conditions du développement affectif : L’affectivité de l’enfant et la construction de sa personnalité se font grâce et par les interactions avec autrui.”

Henri Wallon (psychologue et médecin français), propose un schéma du développement de l'enfant avec différents stades. Les stades sont un équilibre entre les possibilités actuelles de l'enfant et ses conditions de vie. (A.Baudier et B.Céleste, 1990, p.158/159)

Sa théorie décrit deux facteurs qui interviennent dans le développement de l'enfant :
(http://theses.univ-lyon2.fr/documents/getpart.php?id=lyon2.2007.camelio_mc&part=128202)

- “Facteur biologique : Niveau de maturation du système nerveux centrale
- Facteur social : Le rapport entre l'enfant et le milieu qui l'entoure”

Il propose sept stades qui englobe le développement intellectuel, cognitif et affectif de l'enfant :
(A.Baudier et B.Céleste, 1990, p.150)

Le stade du Personnalisme (3/6 ans) : L'enfant arrive à reconnaître sa personnalité, son image de lui-même. L'enfant utilise le pronom “je” pour parler de lui et n'emploie plus son prénom, ni la troisième personne du singulier. Il y a une conscience de soi par une phase d'opposition, et par une intégration dans le groupe familial, de même que par le jeu. Dans le jeu, l'enfant peut aborder 2 rôles différents, où il est actif puis passif (jeu d'alternance réciproque).

Le stade Catégoriel (6/11 ans) : C'est un stade de différenciation. L'enfant participe à la vie de plusieurs groupes (famille, école, jeu, sport...). Il a désormais la capacité de prendre des rôles différents, d'influencer le groupe, avec des comportements de coopération, de solidarité...

Wallon explique que l'enfant commence à devenir autonome et s'individualise en se basant sur les personnes qui l'entourent. Il prend conscience de lui-même. Pour Wallon c'est au travers de ses émotions que l'enfant communique. (p.57)

3.1.2) Les besoins de l'enfant hospitalisé

Les enfants ont des besoins fondamentaux en tant qu'individu ainsi que des besoins lors des soins et lors d'hospitalisation. Un enfant dans un hôpital ou un lieu de soin, dispose de droits, encadrés par des textes législatifs et réglementaires. Le personnel soignant médical et paramédical doit également suivre un code de déontologie pour une prise en soin adaptée à l'enfant.

Selon le dictionnaire Larousse "besoin" se définit comme "exigence née d'un sentiment de manque, de privation de quelque chose qui est nécessaire à la vie organique".

(<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/besoin/8907>)

T.B Brazelton et S.I Greenspan, professeurs de pédopsychiatrie (2003, p.3) définissent sept « besoins incontournables » chez un enfant. Il s'agit des expériences et des soins que tout enfant a le droit d'avoir :

(<http://www.lenfantdabord.org/wp-content/uploads/2011/02/BRAZELTON-ET-GREENSPAN.pdf>)

- Le besoin de relations chaleureuses et stables
- Le besoin de protection physique, de sécurité et de régulation
- Le besoin d'expériences adaptées aux différences individuelles
- Le besoin d'expériences adaptées au développement
- Le besoin de limites, de structures et d'attentes
- Le besoin d'une communauté stable, de son soutien, de sa culture
- Le besoin de protection de notre avenir

Il existe la charte européenne de l'enfant hospitalisé rédigée en 1988, elle est adoptée par le Parlement Européen le 13 mai 1986. Une circulaire du Secrétariat d'Etat à la Santé de 1999 préconise son application. C'est un texte qui définit quels sont les droits des enfants à l'hôpital. La charte est disponible en annexe.

(<https://www.sparadrap.org/enfants/dictionnaire/lhopital/charte-de-lenfant-hospitalise>)

Selon cette charte, l'Article 2 stipule : "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"

Et l'Article 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."

L'enfant à donc besoin d'évoluer dans un environnement stable, chaleureux et qui correspond à ses besoins. Ses besoins sont en lien avec son développement social et cognitif.

Nous avons vu les développements, les besoins de l'enfant ainsi que ses droits lorsqu'il est hospitalisé. Après cela nous allons voir la définition du soin invasif, l'impact d'un tel soin sur l'enfant et le travail en collaboration.

3.2 - Réalisation d'un soin invasif auprès de l'enfant

3.2.1) Définition soin invasif et représentation chez l'enfant

Selon le dictionnaire Larousse invasif : "se dit d'une méthode d'exploration médicale ou de soins nécessitant une lésion de l'organisme."

(<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/invasif/44072>)

C'est l'article R4311-7 du code de la santé publique qui régit les soins invasifs infirmiers "L'infirmier ou l'infirmière est habilité à pratiquer les actes suivants soit en application d'une prescription médicale (...)". On peut y trouver : "Mise en place et ablation d'un cathéter, injections, perfusion, pose de dispositifs transcutanés, scarifications...".

(https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000043085621/)

Selon C. Berlemont

(<https://www.cairn.info/hypnose-en-soins-infirmiers--9782100746828-page-167.htm>), le soin invasif est l'effraction cutanée de la peau. "L'effraction cutanée par une aiguille est un geste quotidien, voire pluriquotidien, effectué par un soignant médical ou paramédical. Ce geste expose le patient à des douleurs induites par les soins. La prévention et la qualité de prise en charge de ces douleurs sont des axes majeurs d'évolution des bonnes pratiques professionnelles. Ces mesures tendent à améliorer le vécu des patients, quel que soit le contexte de réalisation. La prise en charge d'un problème de santé nécessite généralement au moins une effraction cutanée par une aiguille (prise de sang veineux, artériel, ponction lombaire, glycémie capillaire), que ce geste soit réalisé en établissement de santé ou à domicile. Souvent banalisé ou minimisé par les soignants, qu'ils soient prescripteurs ou acteurs du soin, il peut devenir source de souffrance, de peur, de rejet. L'effraction cutanée peut provoquer une douleur induite qui se caractérise par son caractère aigu, sa courte durée et son mécanisme par excès de nociception. Il est important de se rappeler que ces douleurs peuvent s'ajouter aux douleurs

initiales aiguës et/ou chroniques, ainsi qu'aux autres types de douleurs (excès de nociception, neuropathiques)..."

(Sparadrap, p.5) "La piqûre est la douleur la plus crainte, et le moment le plus redouté de l'hospitalisation. En effet, dans d'autres contextes, les enfants se montrent capables de supporter des douleurs plus importantes. Mais ils s'amusent, connaissent les risques (chute de vélo, patins à roulettes...), et ils ont des compensations : victoire, réussite, fierté... Ici au contraire, ils se sentent impuissants. Ils n'ont pas de connaissance précise du geste. Les peurs des enfants sont souvent irrationnelles et les adultes ont du mal à les comprendre"

(Sparadrap, p.6) "Pour l'enfant, l'intrusion de la piqûre est physique mais aussi psychique. Les enfants imaginent des piqûres comme des pointes immenses, qui traversent leur corps de part en part, ou qui ressentent à l'intérieur. La seringue est souvent représentée plus grande que l'enfant, avec une aiguille démesurée."

3.2.2) Impact du soin sur l'enfant : Douleur et/ou peur ?

Il est important de connaître quels peuvent être les impacts de la réalisation d'un tel soin sur l'enfant. Il est également important de savoir différencier la douleur induite par le soin et/ou la peur qu'il peut créer.

Le Larousse définit la douleur comme : "Sensation pénible, désagréable, souffrance morale, chagrin" et la peur comme : "Sentiment d'angoisse éprouvé en présence ou à la pensée d'un danger, réel ou supposé, d'une menace".

<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/douleur/26637>

<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/peur/60046>

T.Moreaux (Revue N244, Octobre 2008, p.21) dit "En effet, reconnaître la douleur chez un enfant est un exercice difficile car elle est souvent confondue avec l'expression d'une émotion. Ainsi, la peur peut être évoquée en présence d'une douleur aiguë. En outre, les moyens d'expression de la douleur sont souvent limités chez l'enfant (langage incompris des adultes, sentiment de peur ou d'invasion). Le soulagement de la douleur est un droit pour tous les être humains."

D. Le Breton (Métallier, 1995, p.27) "La douleur aiguë est transitoire, elle est la conséquence d'une chute, brûlure, d'une rage de dents, du heurt avec un objet, d'une lésion qui tarde à guérir ou d'un

malaise, par exemple un mal de tête. Elles sont parfois une conséquence paradoxale des soins donnés pour soulager une autre souffrance : nettoyer une plaie, étayer une fracture, etc. Ces affections entraînent à la prudence, elle exerce la prévention de l'individu, de l'enfant notamment, qui apprend à son corps défendant à maintenir une distance et une attention profitable envers les aspérités de son environnement.”

Audrey IPDE (Revue N303, 2018, p.31) explique “Lorsqu'il est malade, le jeune enfant se trouve confronté à de multiples expériences psychiques et corporelles négatives voire douloureuses notamment lors des soins. La prise en charge de cette douleur induite par les soins est indispensable et doit être adaptée à l'enfant. Chaque soin comme la mesure de la pression artérielle, le retrait d'un pansement adhésif, la pose d'un garrot, une prise de sang... peut générer une douleur sensorielle et une anxiété pour le jeune enfant. En effet, la douleur est caractérisée par plusieurs composantes qui influencent sa perception.”

Les soins invasifs peuvent être douloureux ou mal vécus par l'enfant. C'est un soin qui déclenche des émotions chez l'enfant. Il est important de mettre des actions en place pour favoriser des émotions positives.

3.2.3) Collaboration avec les parents / AP - AS

Il est important de noter et comprendre la place des parents et du travail en binôme dans la réalisation de ce soin.

Y.Doually (Revue N244, Octobre 2008, p.15) note : “L'enfant reste au centre des préoccupations des soignants mais une nouvelle vision y intègre désormais son environnement familial, social et culturel afin de lui assurer un développement harmonieux. Les soignants envisagent naturellement l'intégration des parents dans le soin et les préparent mieux à assurer le relais lors de la sortie, notamment par des soins d'éducation thérapeutique.”

D. Le Breton (Métailié, 1995, p.11) explique quant à lui “L'expérience montre par exemple l'importance de l'entourage, dans le soulagement et l'apaisement du malade. La douleur est intime, certes, mais elle est aussi imprégnée de social.”

“La grande majorité des parents souhaitent accompagner leur enfant lors d'un soin, même douloureux, mais pas tous. L'important est d'offrir cette possibilité aux parents sans les juger ou les

culpabiliser s'ils ne peuvent pas ou ne se sentent pas capables de le faire. Il est important de donner un rôle aux parents pendant le soin."

(<https://www.sparadrap.org/professionnels/la-presence-des-proches/quel-role-quelle-place-pour-les-parents-lors-des-soins>)

Ce que les parents peuvent faire :

- Rassurer l'enfant, surtout les plus jeunes qui peuvent être perturbés par cet univers inconnu
- Distraire l'enfant, vous pouvez leur expliquer que cette méthode est très efficace pour limiter la sensation douloureuse en complément de moyens antalgiques adaptés
- Aider à comprendre les besoins de l'enfant, à interpréter ses réactions, surtout s'il est petit, s'il a des difficultés à s'exprimer ou s'il est en situation de handicap.
- Aider à maintenir l'enfant
- Aider à tenir le masque de l'enfant lors d'un aérosol ou de l'inhalation du Méopa

Définition auxiliaire de puériculture : L'auxiliaire de puériculture réalise des activités d'éveil et des soins visant au bien-être, à l'autonomie et au développement de l'enfant. Son rôle s'inscrit dans une approche globale et prend en compte la dimension relationnelle des soins ainsi que la communication avec la famille dans le cadre du soutien à la parentalité. L'auxiliaire de puériculture participe à l'accueil des enfants et à l'intégration sociale d'enfants porteurs de handicap, atteints de maladies chroniques ou en situation de risque d'exclusion. L'auxiliaire travaille le plus souvent dans une équipe pluri-professionnelle et dans des structures sanitaires ou sociales, en collaboration et sous la responsabilité de l'infirmier ou de la puéricultrice."

(<https://www.fhp.fr/1-fhp/6-nos-services/1214-auxiliaire-de-puericulture.aspx>)

L'auxiliaire de puériculture peut donc prendre le relais lorsque le(s) parent(s) ne peuvent être présent lors du soin et ainsi rassurer l'enfant, le distraire...

Par la suite nous allons essayer de comprendre la place de la médiation et son intérêt selon ce que l'on vient de voir sur le développement de l'enfant et le soin invasif. Nous verrons aussi comment cela peut favoriser l'adhésion aux soins. Ainsi que l'impact sur la mémoire du soin.

3.3 - Adhésion aux soins

Selon le Larousse “action d'adhérer à une association, à un parti, adhérer à un projet, à une idée, une doctrine”. (<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/adh%C3%A9sion/1069>)

F.Bernard et H.Musellec (Annette, 2015, p.6) “La qualité relationnelle établie entre le soignant et le patient est primordiale pour atteindre l’objectif du soin. “

L’adhésion thérapeutique est un comportement humain complexe dont le patient, son entourage et les professionnels partagent la responsabilité. Elle est influencée par de nombreuses variables que l’OMS (2003) a catégorisées en cinq dimensions : Économique et social, le patient et son entourage, la pathologie, le traitement et les recommandations et le système de santé. (Annexes)

(<https://www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2013/revue-medicale-suisse-386/adhesion-therapeutique-du-patient-chronique-des-concepts-a-la-prise-en-charge-ambulatoire>)

Pour arriver à faire adhérer les enfants aux soins, il faut mettre en place différentes actions qui les feront aimer et apprécier le soin.

3.3.1) Communication

Selon le dictionnaire Le Robert communication signifie “Le fait de communiquer, d’établir une relation avec quelqu’un”. (<https://dictionnaire.lerobert.com/definition/communication>)

D’après F.Bernard et H.Musellec (Annette, 2015, p.3) : “Communiquer c’est informer, éduquer, responsabiliser et traiter le patient.” Albert Jacquard (scientifique, généticien français) a dit “Communiquer c’est mettre en commun, et mettre en commun, c’est l’acte qui nous constitue. Si l’on estime que cet acte est impossible, on refuse tout projet humain.”

“Watzlawick (psychologue, sociologue américain) écrit que la forme de la communication importe autant que son contenu. Un modèle de base simple pour la communication est celui qui envisage un émetteur, un récepteur et une information transmise de l’émetteur au récepteur via un moyen de transmission. Communication vient du latin “communicare” qui signifie “mettre en commun”. Cette mise en commun suggère l’idée d’échange.” (p.9).

Il existe plusieurs formes de communication :

- La communication para verbal (volume, hauteur, débit, intonation de la voix). Tout ce qui touche à la manière de parler, de manier les sons et les silences du langage. (p.65)
- Non verbale (gestes, sourire, regard, posture...). C'est le premier mode de communication que nous utilisons dans la vie. C'est un langage involontaire et automatique. Il est très difficile à contrôler. (p.51)
- Verbale. Observation active du langage du patient, écoute, reformulation, adaptation du langage à l'interlocuteur, le choix des mots (Notamment certains mot techniques : pistolet, pince...) (p.69)

Ils expliquent (p.78) que "La simple évocation de la douleur favorise la douleur". Ils conseillent l'absence de négation (exemple en annexes). La négation est plus difficile à comprendre et surtout chez les enfants. Un enfant en dessous de 3 ans n'est pas capable de comprendre la négation. Un enfant entre 3 et 8 ans l'entend mais n'est pas tout le temps capable de l'analyser. (<https://changerderegardblog.wordpress.com/2017/07/05/premier-article-de-blog/>)

Il faut ainsi transformer les formulations négatives en positives. (p.78)

F.Bernard et H.Musellec ajoutent que "Pour favoriser l'adhésion, la communication doit être adaptée à la pathologie, au niveau socioculturel et aux connaissances du patient." (p.19) De plus "La communication est thérapeutique : elle augmente l'efficacité du soin en augmentant l'adhésion." (p.20). Pour finir " L'adhésion à la thérapeutique est multifactorielle mais elle repose essentiellement sur la qualité de la communication. Le patient doit trouver une place active dans le soin pour y adhérer, et pour cela, la communication doit être soignée et adaptée." (p.147)

3.3.2) Médiation

D. Le Breton (Métailié, 1995, p.13) : "De nombreux relais s'interposent entre le foyer et la douleur ressentie. Ces filtres accentuent ou diminuent son intensité. Le chemin de la douleur emprunte des portes qui ralentissent, l'amortissent ou accélèrent son passage. D'autres perceptions sensorielles entrent en résonance avec elle et contribuent à la moduler (chaleur, froid, massage, ect.) . Certaines conditions l'inhibent (concentration, relaxation, diversion, etc.). D'autres accélèrent sa diffusion et la majorent (peur, fatigue, contraction, etc.).

Audrey (Revue N303, 2018, p.29) dit “L’objectif est de prévenir ou de soulager la douleur engendrée par le soin tout en détournant l’attention de l’enfant par des méthodes de distraction par le jeu, la musique, l’hypnose, ou encore le toucher. Une auto ou un hétéroévaluation de la douleur de l’enfant avant, pendant et après le soin permet de constater l’efficacité des moyens mis en œuvre.”

Djamila B explique (Revue N 312, février 2020, p.14) “Le pédopsychiatre Bernard Golse décrit une “atmosphère thérapeutique” c’est-à-dire la nécessité d’un climat institutionnel qui prenne soin du soin. Il n’y a pas de mode d’emploi pour des soins de bonne qualité, les interactions ne seront structurantes que dans un climat de confiance défini par un cadre qui limite, préconise et organise.”

T.Moreaux (Revue N244, Octobre 2008, p.21) rajoute “Des formations sur le “toucher relationnel” aident les équipes soignantes à mieux accompagner les enfants dans la gestion des actes douloureux et de l’anxiété. Le Méopa est largement utilisé dans l’établissement des gestes douloureux provoqués par les soins. Les moyens non pharmacologiques comme la relaxation ou l’hypnose sont utiles pour soulager la douleur de l’enfant. Les moyens non pharmacologiques (relaxation, hypnose...) s’avèrent bénéfiques et leur action est renforcée par la présence des parents lors des soins.”

3.3.3) Mémoire/ Souvenir du soin

D’après Pédiadol “La mémoire est la faculté d’enregistrer, de conserver puis de restituer des informations acquises antérieurement.”

(<https://pediadol.org/implications-et-sequelles-de-la-memorisation-devenements-douloureux-chez-l-enfant/>)

- Mémoire inconsciente : elle comprend la mémoire procédurale (séquences de comportements appris) et émotionnelle : un souvenir très enfoui peut être rappelé par une expérience identique et module alors, consciemment ou inconsciemment, les expériences suivantes. Ce type de mémoire est actif à tout âge, et est exclusif chez le tout-petit.
- Mémoire explicite : consciente, elle comprend la mémoire épisodique (événements) et sémantique (connaissances) qui forment la mémoire autobiographique. Elle devient active à partir de 3-5 ans. L’enfant peut ensuite se souvenir et raconter la douleur passée (siège, intensité, durée, contexte).

“La plupart des études sur la mémorisation des événements douloureux chez l’enfant décrivent le souvenir de la douleur d’un geste de soin et les conséquences en termes de modification de la douleur suivante. La mémorisation — implicite et explicite — influence en effet l’anticipation et par conséquent la perception de l’expérience douloureuse suivante, et entraîne ainsi des conséquences à long terme”

”Ainsi une forte émotion négative éprouvée lors d’un événement douloureux (détresse, peur, angoisse, sentiment d’être abandonné sans défense, peur de la mort, etc.) renforce le stockage tout en le brouillant, avec au maximum la possibilité de développer un véritable syndrome post-traumatique”

“L’enfant même jeune peut se remémorer et décrire une expérience douloureuse et doit nous inciter à organiser la prise en charge de cette douleur en la prévenant.”

”La douleur infligée mal soulagée provoque une majoration de la douleur éprouvée lors de gestes ultérieurs, ainsi qu’une peur des soins, voire une phobie, une perte de confiance en l’adulte, des troubles du comportement et une anxiété.”

Selon Audrey (Revue N303, 2018, p.31) “L’anxiété initiée par le souvenir ou la peur du soin, peut majorer la douleur ressentie par l'enfant.”

T.Moreaux (Revue N244, Octobre 2008, p.21) dit “L’existence d’épisodes douloureux antérieurs semble majorer l’évaluation de la douleur.”

IV - Enquête

4.1) Méthodologie

Pour approfondir mon travail de recherche j’ai choisi de réaliser deux entretiens auprès de professionnels. Ces entretiens sont semi-directifs. Je guide l’entretien avec des questions appartenant à différents objectifs que j’ai définis. Les professionnels interrogés peuvent s’exprimer librement sur leur point de vue avec leurs propres mots. Mes trois objectifs sont :

- Définir d’après l’IDE le soin invasif pour un enfant, et repérer le positionnement professionnel pour sa réalisation
- Repérer pour l’IDE, la place du travail en collaboration lors du soin invasif chez un enfant
- Identifier l’intérêt et les limites de l’utilisation de la médiation par l’IDE

Ils ont été élaborés en rapport à mes situations d'appel ainsi que mon cadre théorique, afin de répondre au mieux à ma question de départ. Le guide d'entretien complet se trouve en annexe. J'ai fait par objectifs des tableaux récapitulatifs des thèmes et notions abordés par les deux infirmières. Ces tableaux sont également disponibles en annexe.

J'ai pris le parti de réaliser un premier entretien auprès d'une infirmière puéricultrice ayant d'abord travaillé avec les adultes avant de travailler auprès des enfants. Cela dans le but de confronter son expérience avec les adultes à celle des enfants. Je voulais observer s'il y avait des différences ou similitudes, dans l'utilisation de la médiation pendant un soin invasif.

Par la suite, j'ai réalisé le deuxième entretien auprès d'une infirmière ayant toujours travaillé avec les enfants depuis son diplôme. Cela dans l'intention de voir si sa pratique différait de la première infirmière ayant travaillé avec les adultes avant les enfants.

La prise de contact avec les deux professionnelles s'est faite par message téléphonique. Malheureusement avec le contexte sanitaire actuel, je n'ai pu rencontrer aucune des deux professionnelles. Le premier entretien s'est déroulé en visioconférence et le deuxième à été effectué par appel téléphonique. J'ai enregistré les deux entretiens grâce à mon téléphone portable.

J'ai effectué la recherche de professionnels par moi même et cela n'a pas été difficile, au contraire ça m'a permis de continuer sur ce travail d'investigation, en définissant et cherchant les profils que je souhaitais interviewer. Ces deux entretiens ont été très enrichissants tant pour mon travail de recherche, que sur le plan professionnel et personnel. Les professionnelles m'ont beaucoup appris sur leur pratique et sur l'infirmière que j'aimerais être.

Le guide d'entretien est un atout et est nécessaire au bon déroulement de l'entretien. Il impose certaines limites. En effet, même si cela peut-être très intéressant, il faut faire en sorte que l'entretien ne déborde pas dans le hors sujet. Afin de répondre au mieux à la problématique, il faut suivre les questions faites en amont de l'entretien.

Les difficultés que j'ai rencontrées ont été premièrement l'obligation du distanciel. Cela à été très frustrant pour moi de ne pas rencontrer les deux professionnels. Deuxièmement, l'élaboration des tableaux à été intéressante mais parfois compliquée. Il n'est pas facile de regrouper les notions citées et de trouver un thème juste qui correspond. J'ai souvent douté et modifié mes tableaux avant de trouver une construction satisfaisante.

4.2) Analyse descriptive des entretiens

Afin d'analyser les données recueillies des entretiens, j'ai par objectif de mon guide d'entretien, étudié et classé ces données dans des tableaux. Ces trois tableaux sont disponibles en annexe. J'ai choisi une approche transversale en analysant de manière regroupée les données des deux entretiens.

Premier objectif : Définir d'après l'IDE le soin invasif pour un enfant, et repérer le positionnement professionnel pour sa réalisation

La première question que j'ai posée en lien avec ce premier objectif est la suivante : *“ quelle est la représentation d'un soin invasif chez un enfant ? ”*.

En réponse à cette question, les deux infirmières que j'ai interrogées m'ont expliqué que pour elles, c'est le fait de rentrer en contact avec l'enfant de quelque manière que ce soit. Cela peut être un contact par le toucher “le contact physique” / “le toucher alors qu'il ne veut pas”. Une prise de contact relationnel “ce qui rentre dans sa sphère” / “quand on rentre dans sa bulle”. Ou un contact intrusif au niveau du corps de l'enfant “infraction de la peau” / “sondages urinaires”, “un soin qui va faire mal”.

Toutes deux expliquent que tous soins peut-être vécu comme invasif chez l'enfant, de la rencontre au fait de faire un soin qui rentre dans l'intimité de l'enfant ou d'un soin corporellement intrusif .

J'ai demandé à l'infirmière N, suite à cette première question, si la représentation du soin est reliée au développement de l'enfant. Elle répond “ Aussi oui. Bah oui donc effectivement à son âge aussi forcément ça va pas être vécu de la même manière”. A travers cette réponse, l'infirmière évoque le fait que cette représentation n'est pas définitive et évolue avec l'âge.

Dans cet objectif, j'ai également posé la question suivante : *“ que faut-il anticiper pour la réalisation d'un soin invasif chez l'enfant ? ”*. Afin de comprendre le positionnement de l'infirmière pour la réalisation de ce soin.

L'observation est un point que chacune a souligné : “comment est-ce qu'il réagit à mon approche ?” / “on l'observe beaucoup”. L'infirmière N, a quant à elle aussi parlé du fait d'investiguer : “apprendre à le connaître”, “qu'est ce qui pourrait lui plaire ?”. Elles mettent en évidence le fait de se renseigner sur l'enfant et sa famille afin d'avoir des informations pour effectuer leurs soins dans les meilleures conditions possibles. Elles apportent ainsi une prise en soin personnalisée.

La dernière question liée à cet objectif était “ *que faire quand le soin risque d’être difficile ou que l’enfant n’adhère pas ?* ”. J’ai voulu savoir comment elles agissent quand elles savent que le soin va être compliqué ou que l’enfant est vraiment inconfortable.

Elles parlent alors de deux éléments importants. La communication, qu’elles décrivent comme positive et adaptée à la compréhension de l’enfant “vocabulaire positif” / “adapter ton vocabulaire à l’âge”, “lui expliquer les choses”, pour permettre à l’enfant de comprendre le soin avec des mots de son vocabulaire, sans lui faire peur. L’enfant peut ainsi mieux appréhender le soin. L’infirmière N, parle aussi d’être honnête, ne pas minimiser le soin : “sans nier le soin”, “sans mentir”. Tout cela contribue à créer une relation de confiance avec l’enfant et sa famille.

Enfin le point que toutes les deux ont le plus souligné est la médiation. Pour les deux professionnelles, c’est le fait de reporter l’attention de l’enfant sur autre chose, afin que le soin se passe le mieux possible, en concentrant l’attention de l’enfant sur quelque chose d’agréable : “reporter son attention sur autre chose”, “on va faire en sorte que ça se passe le mieux possible”. La phase d’enquête que décrit l’infirmière N dans la question précédente, sert à ce moment de médiation “chercher est ce qu’il aime la musique ?”, “quelque chose qui lui plaît”. L’infirmière N et l’infirmière A décrivent toutes sortes de distractions alors possible “une chanson”, “un jeu” / “dessins animés”... Elles parlent aussi de la médiation comme être présente et prendre le temps : “on le prépare” / “prendre le temps”. L’infirmière N englobe également la communication dans la médiation “une discussion”. Ce sont des moyens non médicamenteux de détendre et apaiser l’enfant avant, pendant et après le soin. L’infirmière A me parle plusieurs fois pendant l’entretien de moyens médicamenteux également utilisés pour la médiation : “MEOPA” et “EMLA”.

La médiation peut donc être médicamenteuse ou non, mais aide en tout les cas selon les infirmières, au bon déroulement du soin, en distrayant l’enfant qui n’est plus focalisé sur le soin et en le rassurant.

Deuxième objectif : Repérer pour l’IDE, la place du travail en collaboration lors du soin invasif chez un enfant

Lors de ces entretiens j’ai souhaité savoir comment ce travail en binôme s’organisait et l’importance qu’il avait lors des soins invasifs et de la médiation. Je voulais aussi déterminer la place du/des parent(s) auprès de l’enfant.

J’ai posé une première question “ *Proposez vous aux parents de rester pendant le soin ? Si oui pourquoi et quelle conduite avoir ?* ”. A cette question, les infirmières m’expliquent qu’elles proposent systématiquement au(x) parent(s) de rester avec l’enfant : “systématiquement les parents sont là”,

“les parents sont toujours présents”. C’est pour elles une relation triangulaire, un travail d’équipe : “Tu as le parent, l’enfant et le soignant”, “c’est le travail d’équipe, mais aussi avec les parents”. Elles soulignent que c’est car le(s) parent(s) sont une ressource, un aidant dans la prise en soin de l’enfant : “le parent va nous aider à trouver la chose qui va attirer l’attention de l’enfant”, “des parents qui sont très aidant et qui vont rentrer justement dans la distraction et qui vont au final tout gérer eux même”. C’est également un point de repère, de réconfort pour l’enfant : “ça rassure l’enfant d’avoir son parent” / “les parents c’est déjà plus rassurant pour eux”. L’infirmière N explique alors que la médiation en saura d’autant mieux perçue par l’enfant: “le parent qui mène cette distraction elle aura beaucoup plus d’impact”. Ainsi elles décrivent le(s) parent(s) en tant qu’aide et binôme, qui favorise la réalisation du soin, tout en rassurant l’enfant. Une relation triangulaire.

Ma deuxième et dernière question pour cet objectif était “*Travaillez vous beaucoup en binôme avec l'aide soignant(e) / l'auxiliaire de puériculture ? Quel est l'intérêt de ce travail en binôme?*”. Toutes deux m’ont expliqué, travailler presque systématiquement en binôme lors de la réalisation de soins invasifs auprès d’un enfant. Elles ont mis en évidence le fait que travailler en binôme est un point essentiel en pédiatrie : “le travail en binôme est vraiment important”, “je ne vais jamais piquer toute seule” / “tous nos soins ils sont systématiquement fait à deux”, “c’est important d’être en binôme avec l’AS”. De plus, au cours des deux entretiens, chacune m’a exposé le fait que c’était une aide pour le bon déroulement du soin. Elles sont en accord que c’est une aide technique : “c’est d’abord le côté technique, c’est effectivement qu’un enfant peut quand même bouger” / “pour que toi tu puisses te concentrer sur les soins”, “l’AS tient l’enfant et toi tu fais ton soin”. Elles soulignent également chacune que c’est aussi une aide relationnelle : “cette médiation là quand nous on est vraiment dans le soin, on va pouvoir être dedans” / “en même temps elle discute avec l’enfant, elle chante des chansons, elle raconte des histoires et toi tu peux te centrer sur ton soin”, “l’AS elle est aussi là pour avoir un œil sur l’enfant, rassurer les parents donc ça c’est top”.

Toutes deux décrivent donc le travail en binôme comme capital lors d’un soin. En effet ce travail en binôme est une aide technique qui permet de rendre le soin plus sécuritaire pour l’enfant mais également plus confortable et donc plus aisé pour l’infirmière. Pour finir, c’est aussi une aide relationnelle, car l’AS ou l’AP peut créer et entretenir un lien de confiance avec l’enfant et le(s) parent(s) durant le soins. La médiation est de ce fait menée sans interruption du début à la fin du soin, ce qui apporte un confort et qui amène à une médiation qui a davantage d’impact. Cela permet à l’enfant d’être en sécurité et de s’évader du soin. Ainsi l’infirmière peut pleinement se concentrer sur son soin.

Troisième objectif : Identifier l'intérêt et les limites de l'utilisation de la médiation par l'IDE

“ Quels moyens utilisez-vous pour diminuer l'angoisse et l'appréhension lors du soin ? ” était ma première question en lien avec ce dernier objectif. Pour cette question l'IPDE N a répondu que cela pouvait être “toutes sortes de choses” comme “le jeu, le toucher, lire une histoire, écouter de la musique, donner un objet à manipuler...”. Elle parle également de la communication avec “une discussion sur un sujet que l'enfant aime”. Pour elle c'est tout cela qui définit la médiation, c'est ce qui “procure du plaisir et de l'apaisement à l'enfant”.

L'IDE A explique qu'elle utilise aussi la distraction pour “les apaiser avant le soin et de les détendre”. Elle ajoute en revanche qu'elle utilise également des moyens parfois médicamenteux, pour anticiper un soin douloureux : “en mettant de l'EMLA ou du MEOPA”. Mais pour l'IDE A le plus important est la communication pour “adapter mon explication, mon langage”, “expliquer le soin” ainsi que “pour rassurer, pas faire non plus de trop de fausse réassurance”. Elle explique que cette importance de la communication l'est autant avec l'enfant qu'avec le(s) parent(s) : “ la communication avec les parents et les enfants”, “ tu arrives à l'expliquer de façon adaptée et voilà en face de toi tu as des parents qui sont plutôt rassurés, (..) et tu vois si tu as des parents rassurés t'as potentiellement un enfant qui sera moins stressé parce que les parents ils vont être disponible pour rassurer”. Elle définit cette communication comme “une sorte de négociation du soin”.

Les deux infirmières décrivent donc la médiation comme le moyen de réaliser un soin en diminuant l'angoisse et l'appréhension. Elles découpent toutes deux la médiation en deux parties. La distraction avec le jeu, la musique, une histoire... permettant ainsi à l'enfant de se détendre. L'IDE A ajoute aussi les moyens médicamenteux tels que la crème locale anesthésiante et le gaz relaxant et analgésique. Le deuxième point sur lequel elles s'accordent est la communication. Selon l'IDE A c'est même le plus important, il permet d'expliquer le soin à l'enfant et au(x) parent(s) et facilite la réalisation du soin.

La deuxième question que j'ai posée pour cet objectif : *“ Quel est l'utilité de la médiation lors du soin ? ”*. A cette question, toutes deux ont noté deux points sur l'intérêt de la médiation. Le premier l'adhésion aux soins : “Il faut qu'il trouve un intérêt, qu'il trouve un plaisir à quelque chose si on veut qu'il adhère” / “si tu as réussi à faire une bonne médiation, à bien faire accepter le soin, l'enfant adhérera”. De plus elle parle de mémoire du soin “ce qu'il garde en mémoire, c'est le jeu qu'on a fait, c'est l'histoire qu'on a racontée avec Dora, c'est ces choses là”, “la représentation du soin elle sera complètement différente.” / “les enfants ils ont une mémoire du soin, donc c'est pour que les prochaines fois,(..) que ça se soit bien déroulé, la prochaine fois qu'il va revenir à l'hôpital ce sera pas un enfer”, “pour les fois d'après qu'il n'est pas une mauvaise mémoire, un mauvais souvenir de ce soin.”. L'IDE A parle aussi d'apaiser et rassurer l'enfant “les apaiser avant le soin et de les détendre”, “

que le soin soit le moins anxiogène possible". Cela rejoint l'objectif que l'enfant se sente bien et ait une bonne mémoire du soin. Pour finir l'IPDE N ajoute que la médiation est un gain de temps : "au final ça nous prend quelques minutes au départ mais ça nous en fait gagner bien plus sur le soin en lui même parce qu'au final si il adhère on gagne beaucoup de temps", "c'est vraiment un gain de temps". Elle lie la médiation à l'adhésion aux soins, ce qui par la suite permet un gain de temps. Les autres soins ne seront pas appréhendés et seront donc effectués plus vite.

L'utilité de la médiation est donc pour l'adhésion de l'enfant aux soins et l'impact sur sa mémoire. En effet elles expliquent qu'avec la médiation l'enfant trouve un intérêt, du plaisir et ainsi accepte et adhère aux soins. De surcroît cette médiation qui déclenche de l'intérêt et du plaisir, favorise une mémoire du soin positive. Selon elles ce n'est pas le soin invasif que l'enfant gardera en tête mais ce moment de bien être grâce à la médiation. Le soin sera donc imaginé différemment par l'enfant, il n'en gardera pas un mauvais souvenir.

Enfin pour finir ces entretiens, j'ai posé cette dernière question : " *Quelles sont les limites de la médiation ?* ". L'IDE A m'a expliqué que le temps pouvait être une limite : " "Dans les situations d'urgences extrêmes aussi, on a pas le temps", "les situations d'urgence où tu fais ton soin dans l'urgence et ensuite tu expliques". Les situations d'urgence où l'on ne peut pas expliquer au préalable le soin, font du temps une limite à la médiation selon elle. Pour l'IPDE N c'est les émotions qu'elles viennent du soignant ou de l'enfant qui sont une limite : "des enfants qui arrivent, déjà avec une peur, (...) des enfants qui sont déjà fixés sur la blouse, le fait d'être à l'hôpital", "il y a des jours où on est moins ouvert à tout ça et du coup on sera moins efficace". Selon elle, les émotions sont parfois des freins pour réaliser la médiation. Pour finir elles ont noté toutes les deux, qu'une communication altérée limitait la médiation : "on arrive pas à entrer en communication" / " quand la communication elle est difficile", " ta communication elle va être altérée et tu vas moins pouvoir avoir ce début de relation de confiance". L'IDE A et l'IPDE N sont donc en accord sur le fait qu'une communication difficile ne permet pas de réaliser une médiation suffisamment efficace. La relation de confiance est alors plus compliquée à mettre en place.

V - Discussion

Dans cette dernière partie de mon mémoire, l'objectif est de mettre en relation les apports des différents auteurs du cadre théorique et les informations recueillies auprès des professionnels de santé, tout en apportant ma propre réflexion. Cela va me permettre d'approfondir mon travail de recherche. Le croisement de ces données permettra de faire évoluer ma question de départ :

“En quoi l'utilisation de la médiation par l'infirmière, participe-t-elle à l'adhésion aux soins d'un enfant entre 3 et 8 ans, lors d'un soin invasif ?”.

Par la suite, je vais pouvoir envisager une question de recherche.

Dans un premier temps je vais aborder le développement de l'enfant entre 3 et 8 ans. Après je définirais le soin invasif, sa représentation et son impact sur l'enfant. Puis le travail en collaboration avec le(s) parent(s) mais aussi le travail de binôme entre professionnels. Enfin la médiation, sa place dans le soin, son intérêt ainsi que ses limites. Pour finir j'aborderais la mémoire du soin.

Tout d'abord je commence par le développement de l'enfant entre 3 et 8 ans. Afin d'apporter des soins et un accompagnement de la meilleure qualité possible, je me suis questionnée sur ce que l'enfant pouvait comprendre. En effet, pour une prise en soin optimale il me semble essentiel de savoir ce que le patient peut entendre et accepter. Je n'ai pas mis cette notion de développement dans la question de départ. Mais il me semble important de définir ce développement pour comprendre par la suite l'utilité de la médiation lors de la réalisation de soin. J'avais certaines notions de ce développement grâce à des cours et également à mon stage en pédiatrie. Pourtant je ne savais pas complètement expliquer et justifier l'intérêt de la médiation à cette page. Je ne comprenais pas exactement le développement cognitif et social de l'enfant. Par la suite, mes recherches et donc notamment les auteurs m'ont beaucoup éclairée. Ils m'ont permis de comprendre les grands changements de l'enfant en grandissant et ce qu'il peut comprendre en fonction de son âge. Également les mécanismes de sa fonction cognitive et son rapport à autrui. Avec Piaget, j'ai pu découvrir que c'est vers les 3 ans avec l'acquisition du langage, que l'enfant se sociabilise et pense par lui-même. A cette période il prend conscience de lui-même comme être à part entière. Il commence donc à interagir avec d'autres personnes que celles de sa famille ou entourage proche. Il pense et raisonne seul, mais seulement avec ce qu'il voit, il n'est pas capable d'envisager tous les aspects d'une situation. Il est dans une fonction symbolique qui fait que le jeu est un moyen pour lui d'accepter des situations qui sinon serait trop difficile pour lui. Wallon dit que l'enfant est encore beaucoup dans la représentation jusqu'à 7-8 ans et s'exprime à travers ses émotions. Pour les entretiens je n'ai pas demandé aux professionnels de me définir le développement de l'enfant. En effet même si cela me paraissait important dans mon cadre théorique, cela n'était pas une question que je souhaitais

aborder avec les infirmières. Le nombre de questions étant limité j'ai voulu me concentrer sur le soin invasif et la médiation. L'IPDE N a quand même dit que selon son âge et donc son développement la prise en soin ne serait pas la même. Ainsi elle souligne le fait que la prise en compte du développement de l'enfant est importante dans la réalisation du soin. Avec du recul je pense qu'il aurait été intéressant de connaître leur point de vue sur le développement de l'enfant. Cela m'aurait permis d'affiner mes connaissances et de comprendre davantage leur communication et leur posture en fonction de l'enfant. Cela étant, les auteurs confirment donc mon point de vue selon lequel il faut prendre en compte le développement de la personne que l'on prend en soin, pour connaître ce qu'il peut accepter et ainsi personnaliser l'accompagnement. On apporte donc une prise en soin individualisée au patient. Pour moi cela permet au patient de se sentir écouté, soutenu et d'augmenter la relation de confiance entre soignant-soigné. Le fait de connaître le développement de l'enfant permet à l'infirmière de mieux le prendre en soin, elle connaît ce qu'il comprend et comment il fonctionne. Ainsi de mon point de vue, avec ses connaissances elle offre une meilleure prise en soin, elle s'adapte à l'enfant et sait ce qu'elle peut mettre en place pour favoriser le bon déroulement du soin.

Ensuite j'ai décidé d'aborder le soin invasif. Pour commencer sa définition générale puis la représentation que l'enfant a de ce soin. Également l'impact de ce soin et le positionnement infirmier dans sa réalisation. Étant l'un des points majeurs de ma question de départ, j'ai voulu le définir. C'est un soin souvent utilisé mais qui je trouve est difficile à définir précisément. En effet nous avons chacun notre représentation de ce soin. Le terme invasif est pour moi propre à chacun est subjectif. Nous n'avons pas tous la même définition. En effet je pense qu'une pose de perfusion avec perforation de la peau est invasif. En revanche, je pense également que toucher un patient peut être perçu comme invasif s'il ne souhaite ou n'aime pas être touché. J'ai d'ailleurs pu observer en stage un soin qui pouvait être invasif pour un patient et qui parfois ne l'était pas pour un autre. Cela m'a donc questionnée. D'après les auteurs, un soin dit invasif serait une méthode médicale avec effraction de la peau, créant une lésion de l'organisme. Cela induirait une douleur aiguë. Pour l'IDE A c'est un soin qui va faire mal, qui va être inconfortable. L'IPDE N définit cela comme "la piqûre". Elles rejoignent alors les auteurs sur le fait d'induire une douleur et rentrer dans la peau. J'ai voulu comprendre si cela était pareil pour les enfants. Est-ce aussi l'effraction de la peau ou cela est-il différent ? Dans mon stage j'ai remarqué que l'enfant comptait beaucoup de soins comme invasifs. Parfois le simple fait de la toucher était vécu pour lui comme une intrusion, voire une agression. Les auteurs ont expliqué qu'en effet le soin invasif était autant physique que psychique pour l'enfant. Ils expliquent notamment que l'enfant perçoit le soin comme une punition. Il se sent impuissant et ne comprend pas comment fonctionne exactement le soin. Pour approfondir, j'ai donc demandé aux professionnelles, selon elles,

quelle est la représentation du soin invasif pour un enfant. Toutes deux étaient d'accord pour dire que ça allait au-delà de l'effraction cutanée. Elles m'ont expliqué que le simple fait de rentrer "dans sa bulle", "dans sa sphère" est intrusif. Le toucher peut également être désagréable pour l'enfant. Tous auteurs et professionnels s'accordent à dire que le soin invasif est donc plus complexe à définir que l'effraction cutanée. Cela rejoint mon raisonnement sur le fait que chaque personne a une zone de confort, de sécurité et surtout sa propre définition de invasif. Nous sommes tous différents et l'on ne ressent pas les choses de la même manière. Pour ma part je pense que cela n'est pas seulement vrai pour les enfants, les adultes sont aussi différents et ont leur propre vision des choses. Pour moi la différence est qu'un adulte peut réussir à exprimer ses émotions, nous dire son ressenti tandis qu'un enfant aura plus de mal. L'enfant est en pleine construction de sa personnalité, les soins peuvent donc influencer sur son développement.

Je me suis aussi demandée quel est l'impact de ce soin. En tant que future soignante, il me semble important de savoir quel est l'impact des soins que l'on réalise. Je voulais comprendre comment le soin impactait le patient, ce sont souvent des soins qui peuvent être douloureux et qui sont parfois craints. De plus, je voulais connaître le positionnement infirmier à adopter. Les auteurs décrivent ce soin comme provoquant une douleur aiguë chez le patient ainsi que de la peur et de l'anxiété. Ses émotions négatives ont pour impact d'influer la perception de l'enfant. Je n'ai pas questionné les professionnelles sur l'impact que ce soin peut avoir. Je ne peux malheureusement pas comparer avec les auteurs. Je trouve cela dommage car elles auraient pu apporter un avis et une vision de cet impact, qu'elles doivent parfois observer. Les auteurs ont quand même pu m'aider à affirmer le fait que ce soin peut être mal vécu et délétère parfois pour la suite de la prise en soin. En effet, c'est dans ma première situation d'appel que j'ai pu observer une peur et une perte de confiance envers l'équipe soignante après une pose de perfusion difficile et douloureuse. Je pense donc qu'il est important de réfléchir à sa pratique soignante et son positionnement pour la réalisation d'un tel soin. Dans mon cadre théorique, on peut voir que c'est l'article R4311-7 qui régit la pratique des soins invasifs infirmiers. Les professionnelles quant à elles m'ont expliquées l'importance d'anticiper son soin et ceux par l'observation et l'enquête. Elles insistent aussi sur la communication et l'utilisation de la médiation. En effet, je rejoins leur avis sur le fait d'anticiper son soin. Cela permet une meilleure organisation et une meilleure connaissance de son patient. L'on peut donc sereinement prendre en soin le patient. La communication quant à elle permet d'adapter son vocabulaire à ce que l'enfant et le(s) parent(s) ou le patient peuvent comprendre. Au travers de l'observation, de questions et d'écoute, on apprend à connaître le patient et on peut ainsi lui proposer des méthodes de relaxation qui lui conviennent. Le soin est personnalisé. J'insiste beaucoup sur le fait de personnaliser le soin au patient car je trouve cela fondamental. En effet, même si le geste technique reste le même, tout ce qui gravite autour et permet un soin dans les meilleures conditions doit être, si cela est possible,

personnalisé. Ainsi avec une communication adaptée et une prise en soin personnalisée le patient comprend l'intérêt du soin et ne se sent pas impuissant face aux soins mais intégré. Cela confirme que l'infirmière au travers de sa pratique et sa posture auprès de l'enfant crée un cadre et un environnement sécurisant. Cela permet à l'enfant d'être rassuré et d'être plus ouvert aux soins qui sont réalisés. C'est un enjeu de faire de ce soin invasif, qui engendre de la douleur, un moment où l'enfant s'amuse et ne retient au final que cette partie.

Par la suite, j'ai voulu explorer le travail en collaboration qui est très présent en pédiatrie. Non seulement avec les auxiliaires de puéricultures mais également la relation triangulaire qui existe entre parent-enfant-soignant. En stage j'ai pu observer que la réalisation des soins était toujours effectuée en binôme. Je n'avais pas vu cela en service adultes. J'ai observé que ce travail à deux est une aide dans la réalisation des soins. Je me suis demandée "Dans quelle mesure ce travail à deux est une aide ?". J'ai voulu creuser l'intérêt de ce travail à deux autant pour les professionnels que pour l'enfant. J'ai également vu la présence quasiment constante des parents auprès des enfants, de jour comme de nuit. Cela n'est pas le cas dans les services adultes. La présence des parents me paraît naturelle étant donné que l'enfant a besoin de repères et est trop jeune pour rester seul. C'est effrayant pour eux d'être dans un environnement qu'ils ne connaissent pas et ça serait très difficile pour eux de ne pas avoir leur(s) parent(s). Ce n'est donc pas sur la présence des parents en général que je me suis interrogée mais sur leur présence durant les soins. Je voulais savoir ce que cette présence apportait au soin. Dans mon cadre théorique, les auteurs expliquent que la présence parentale soulage et apaise l'enfant durant le soin. Cela permet aussi aux parents d'être acteurs, de les intégrer dans la prise en soin de leur enfant. Ils précisent que c'est d'ailleurs important de leur laisser la possibilité d'avoir un rôle dans cette prise en soin. De plus, ils définissent les parents comme une ressource : ils peuvent distraire, rassurer et maintenir l'enfant. Ils nous donnent également des informations sur l'enfant... Les deux professionnelles vont également dans ce sens. Elles expliquent que pour elle la présence des parents est indispensable. Elles sont en accord avec les données de mon cadre théorique, pour elles aussi les parents sont effectivement essentiels pour une prise en soin optimale. Leur présence rassure l'enfant, le reconforte. Elles ajoutent à cela que c'est une aide au niveau de la médiation, qu'une distraction aura plus d'impact sur l'enfant si elle est menée par son parents. Elles insistent donc sur le fait que c'est une relation triangulaire. Lorsqu'on prend en soin un enfant, il y a également le(s) parent(s). Tout cela me confirme que les parents sont une ressource privilégiée dans la prise en soin d'un enfant, ils nous aident à mieux comprendre l'enfant tout en offrant à l'enfant un repère et une présence rassurante. Ils connaissent leur enfant : savent ce qu'il aime et ce qui l'intéresse. Je pense donc qu'ainsi il est plus facile pour l'infirmière de mettre en place

la médiation appropriée à l'enfant. Pour moi si l'enfant aime et trouve du plaisir dans la médiation qu'on met en place pour lui, alors il acceptera mieux le soin et finira par y adhérer.

Pour le travail en binôme, je n'ai pas trouvé beaucoup d'apports théoriques. En effet, j'ai seulement trouvé la définition de l'auxiliaire de puériculture. Cette définition explique que son rôle est d'accompagner l'enfant, de proposer des activités d'éveil appropriées à son développement. De plus, il est indiqué qu'elle travaille en collaboration avec la puéricultrice ou l'infirmière. Ce sont les données que m'ont transmises les deux professionnelles qui m'ont permis d'avancer sur ce travail de collaboration. En effet, pour toutes les deux, c'est essentiel de travailler en binôme en pédiatrie. Cela rejoint donc la définition de mon cadre théorique. En revanche, elles expliquent pourquoi ce travail à deux est si important. Toutes deux expliquent que le travail en collaboration est une vraie aide, tant au niveau technique que relationnel. Il est vrai que j'ai pu observer en stage, que l'auxiliaire de puériculture pouvait tenir l'enfant lorsqu'il bouge beaucoup lors d'un soin et ainsi faciliter le geste à l'infirmière, également tenir le masque pour le MEOPA. Elles m'ont aussi confirmé que c'était une aide relationnelle. En effet, quand l'infirmière est concentrée sur son soin, il peut parfois être difficile de mener la médiation. C'est d'ailleurs ce que j'ai pu remarquer entre mes deux situations d'appel. Pour la première situation, j'ai voulu faire le soin tout en distrayant l'enfant, de plus l'infirmière et sa maman lui parlait aussi. L'enfant n'était donc concentré sur aucune distraction. Dans la deuxième situation, le fait de me mettre en retrait et de laisser la puéricultrice le distraire, l'enfant a pu se concentrer sur elle et être réellement ouvert à la médiation. De mon côté, j'ai sereinement pu réaliser mon soin. Les professionnelles ont donc été dans le même sens que ma pensée. Le binôme permet de réaliser le soin dans de bonnes conditions de concentration pour l'infirmière, et surtout de surcroît, l'enfant est distrait. Pour moi ce travail de binôme est important en pédiatrie et davantage quand les parents ne sont pas présents. Ainsi l'auxiliaire de puériculture prend le relais pour rassurer, maintenir, distraire et même je pense observer l'enfant pendant le soin. Elle peut ainsi dire à l'infirmière à la suite du soin si elle a remarqué si à un moment l'enfant grimaçait, avait mal... Parfois l'on ne voit pas avec la concentration pour réaliser son geste. Elle peut aussi nous questionner sur notre façon de faire. Pour ma part le travail de binôme permet donc aussi de se remettre en question sur ses pratiques et d'évoluer. Pour résumer la présence des parents rassurent et favorise l'impact de la médiation. De plus, le travail en binôme permet de prendre le relais lorsque les parents ne sont ou ne peuvent être présents. Enfin il permet à mon sens de se remettre en question professionnellement. Pour finir cela permet un environnement qui favorise le soin et donc améliore l'impact du soin sur l'enfant.

Enfin nous allons parler de la médiation, son intérêt et ses limites. D'abord je vais définir selon les auteurs : l'adhésion. C'est selon les auteurs "l'action d'adhérer à une association, à un parti, adhérer à un projet, à une idée, une doctrine". Selon l'OMS elle est influencée par cinq dimensions : "Économique et social, le patient et son entourage, la pathologie, le traitement et les recommandations et le système de santé". Ils indiquent donc que le système de santé et donc les soignants ont bel et bien un rôle dans l'adhésion du patient. Pour moi la médiation englobe la communication, qui inclut la façon de parler, sa posture... Également toutes les formes de distractions : le jeu, lire une histoire, écouter de la musique... Pour autant, je ne savais pas complètement à quel point elle était utile et je ne connaissais pas ses limites. Je voulais surtout comprendre, d'où ma question, comment elle pouvait favoriser l'adhésion au soin. J'ai remarqué que la différence entre médiation et communication était souvent faite contrairement à ce que je pense. J'ai donc décidé de séparer ces parties dans mon cadre théorique. D'après les auteurs la communication c'est le fait de rentrer en contact avec autrui, c'est de la transmission d'informations. C'est en échange entre deux ou plusieurs personnes. Ils décrivent différentes formes de langage. Trois pour être précis : le para verbal qui est la manière de parler. Le non verbal qui passe par les gestes, la posture et le verbal notre manière de parler, les mots que l'on utilise. La manière de nous tenir et parler renvoie donc certaines choses à l'interlocuteur. Employer certains termes ou tournure de phrases est aussi un point où l'on doit être vigilant. Pour les enfants justement, il n'entendent pas la négation ou alors ne savent pas correctement l'interpréter. Il décortique parfois la phrase sans la négation (ex : n'est pas mal → mal), l'enfant pensera que ça va faire mal. Ils expliquent donc que la communication est un point essentiel. En effet une communication de qualité, adaptée à l'âge de l'enfant et son développement permettra que le soin se passe mieux. Selon moi, tout d'abord le fait d'expliquer le geste, rassure. L'enfant qui à cette période est encore beaucoup dans l'imaginaire, appréhendera moins je pense un soin, si on lui explique comment cela se passe. Il pourra ainsi se l'imaginer, l'appréhender et l'appivoiser à sa façon. C'est en tout cas ce que je pense. Les deux professionnelles quant à elles expliquent également que la communication est un des points forts pour faire adhérer un enfant. Je n'ai pas voulu parler directement du terme médiation mais des moyens qu'elles utilisent pour "diminuer l'angoisse et l'appréhension de l'enfant". Ainsi je voulais savoir si elles employaient ce terme. Toutes les deux ont naturellement parlé de médiation et, toutes les deux vont dans mon sens, en regroupant la communication et les distractions comme étant la médiation en générale. Elles définissent cette médiation comme étant "tout ce qui procure du plaisir et de l'apaisement à l'enfant". Les auteurs définissent la médiation comme des conditions qui inhibent la douleur, qui détournent l'attention de l'enfant du soin grâce à des méthodes comme : le jeu, l'hypnose, la musique et ainsi prévenir et soulager la douleur et/ou la peur. Ils parlent aussi du MEOPA comme moyens médicamenteux de médiation. L'IDE A à aussi évoquer le MEOPA ainsi que la

crème EMLA comme moyens de prévention et donc de médiation. Les méthodes de distractions des auteurs et des professionnelles se rejoignent donc, et mon avis aussi. J'ai demandé aux infirmières de me dire selon elles les intérêts et les limites qu'elles trouvent à la médiation. Je trouvais important de comprendre comment cela pouvait favoriser l'adhésion et dans quelles mesures cette adhésion ne fonctionnait pas. Pour les limites elles ont évoqué le temps qui ne permettait pas de créer une relation de confiance stable. Les émotions qui pouvaient parfois être un frein. Lorsque l'infirmière n'est pas ouverte à effectuer de la médiation, lorsque l'enfant a une peur ou une anxiété trop importante. Tout cela amène je trouve à leur troisième point qui est la communication altérée. En effet ce qui en ressort, est qu'une communication qui ne peut être établie par manque de temps ou qui ne peut être correctement menée parce qu'elle est influencée par des émotions est une communication qui pour moi est altérée. Elles parlent aussi du fait qu'une pathologie particulière peut rendre difficile la communication. Je pense donc grâce à leurs témoignages que le seul facteur qui limite la médiation est lorsque l'on ne peut entrer en communication avec l'enfant. Pour moi j'en arrive à la conclusion que la médiation est une distraction ou une communication qui permet d'apaiser l'enfant. Malheureusement cette médiation a une limite qui se trouve au niveau de la relation qui est instaurée entre l'enfant et le soignant. C'est donc quand la communication n'est pas possible ou n'est pas efficace, que ce pose la limite.

Nous allons maintenant voir les intérêts de cette médiation. De mon point de vue, l'intérêt est d'apaiser l'enfant, de lui laisser un bon souvenir du soin, de garder une bonne relation de confiance et ainsi d'amener l'enfant à l'adhésion aux soins. Les auteurs décrivent que cette médiation s'avère bénéfique pour le soin, et inhibe des sentiments négatifs. Pour les infirmières, elles ont chacune un point de vue différent. L'IPDE N explique que l'intérêt est d'apaiser, de détendre et de rendre le soin le moins anxiogène possible pour l'enfant. L'IDE A quant à elle dit que c'est un gain de temps. Elle explique qu'avec un soin qui se déroule bien, l'enfant est plus ouvert pour les prochains soins et il est donc plus facile de réaliser les suivants. Apaiser et détendre l'enfant est une notion que j'avais déjà prise en compte. J'ai pu voir effectivement en stage, que la médiation apaise les enfants. En revanche j'ai été agréablement surprise sur le point qu'évoque l'IPDE N. En effet, j'ai pensé au fait que la médiation favorise l'adhésion mais je n'avais pas envisagé que du coup elle est aussi un gain de temps pour les soignants. Maintenant grâce à l'infirmière je comprend effectivement que si l'enfant adhère au soins, il est donc plus facile et rapide de faire les suivants. Enfin elles ont confirmées le fait qu'effectivement la médiation favorise bel et bien l'adhésion aux soins. Elles expliquent que grâce à la médiation, l'enfant trouve du plaisir et de l'intérêt et ainsi il adhère aux soins. Pour ma part, faire adhérer un enfant par la médiation est le moyen de le rendre acteur de sa prise en soin. C'est une façon de lui faire comprendre le soin en fonction de son développement, et de le lui faire accepter. En effet, dans le cadre théorique, on a vu qu'entre 3 et 8 ans, les enfants ont besoin de s'imaginer les

choses, de jouer, pour accepter des situations sinon, trop difficiles pour eux. Je comprends donc désormais totalement l'utilisation de la médiation qui distrait l'enfant pendant un soin invasif, douloureux. Ainsi l'enfant accepte le soin, y participe même parfois. De ce fait il adhère à ce soin mais également au suivant. C'est parce qu'il garde un bon souvenir de ce soin, qu'il acceptera mieux les prochains. Pour ce dernier point, sur la mémoire du soin, je vais consacrer la dernière partie de cette discussion.

Pour finir, cette dernière partie de la discussion je vais donc aborder la mémoire du soin. C'est la partie de mon mémoire que je souhaitais le plus approfondir. De mon point de vue, je crois que le soin que l'on réalise à nos patients, reste dans leur mémoire. En effet si le soin se passe mal ou au contraire si il se passe très bien, je pense que l'enfant ou même le patient adulte le garde en souvenir. Pour ma part ce souvenir qui reste, influence après le patient sur ces prochains soins. Ce souvenir peut donc, je pense, favoriser une peur envers les soignants et envers les soins ou au contraire renforcer la relation soignant-soigné. De surcroît je pense qu'un enfant en plein développement, s'il garde une peur ou une réticence ne sera pas se contenir comme un adulte le pourrait. Selon le cadre théorique, la mémoire est la faculté d'enregistrer et de conserver des informations. De plus un soin douloureux fait sur un enfant, est gardé en mémoire et majore par la suite la peur et la douleur durant le prochain soin. Ils expliquent donc qu'il faut anticiper cette douleur que l'on induit pour l'atténuer. L'anxiété augmente chez l'enfant et son évaluation de la douleur est majorée. Selon moi, ils évoquent donc le fait qu'un souvenir douloureux, crée ou augmente de la peur chez l'enfant et rend son évaluation de la douleur moins juste. Lorsque j'ai questionné les deux professionnelles sur les intérêts de la médiation. Toutes les deux, ont beaucoup parlé de la mémoire du soin. Elles m'ont dit que les enfants ont une mémoire du soin et que grâce à la médiation il garde en mémoire le côté positif du soin. Elles expliquent que la médiation influe sur la représentation du soin de l'enfant. De plus, si c'est un mauvais souvenir, elles disent que le prochain soin se passera donc mal, que l'enfant gardera en mémoire, la douleur, la peur... Il ne sera donc pas réceptif aux autres soins. Les auteurs et les infirmières se rejoignent donc sur le fait que la médiation est donc importante pour la mémoire du soin de l'enfant. Ils expliquent que notre soin laisse un souvenir à l'enfant et que s'il n'est pas agréable, les soignants perdent la confiance et l'adhésion de l'enfant. En revanche, ils disent que grâce à la médiation, l'enfant garde en mémoire, un souvenir agréable. Cela certifie donc mon intuition selon laquelle les enfants ont une mémoire du soin. C'est donc pour moi un réel enjeu de penser à bien anticiper et réaliser notre soin dans les meilleures conditions possible pour l'enfant. Ainsi avec un soin réalisé avec de la médiation l'enfant passe un moment agréable et cela atténue la douleur induite. L'enfant adhère donc aux soins selon moi, car ce qu'il retient du soin, c'est le moment agréable : le jeu, l'histoire racontée... Tout cela laisse donc à l'enfant un souvenir positif qui

favorise pour le futur la réalisation de soin et la création de la relation de confiance avec les soignants.

Enfin pour conclure cette discussion, je dirais que ce travail m'a beaucoup apporté. L'enfant est encore beaucoup dans l'imaginaire et ne comprend qu'un seul aspect de ce qu'il voit. La médiation est donc un moyen de lui faire accepter un soin, de le faire adhérer. C'est pour moi l'essentiel de ce métier : aider les gens. On est parfois amené à réaliser des soins douloureux pour soigner. Je pense donc que pour soulager cette douleur induite et faire adhérer le soin à l'enfant, la médiation est un réel atout qu'il faut travailler et cultiver. Cela en créant une mémoire du soin positive avec une adhésion pour le futur et une confiance qui est très importante envers l'équipe soignante. Les apports théoriques et les rencontres avec les soignantes ont précisé comment l'utilisation de la médiation par l'infirmière favorise l'adhésion aux soins. Cela a permis de révéler l'importance de la mémoire du soin. Le fruit de ce travail de recherches et de réflexion, m'amène à approfondir ces notions et ainsi à réorienter ma question de départ vers cette question de recherche : **En quoi la posture professionnelle de l'infirmière, impact-elle la mémoire du soin du patient ?**

VI - Conclusion

Ce travail est l'aboutissement de trois années de formation à l'IFSI. Ces trois années ont été rythmées d'apports théoriques et de pratiques en stages. Cela a fait émerger de nombreuses questions, dans le but de me remettre constamment en question sur ma pratique professionnelle afin de l'améliorer. C'est lors d'un stage en pédiatrie que deux situations vécues m'ont particulièrement interpellées. Les recherches, lectures et les rencontres avec les professionnelles ont été particulièrement enrichissantes et m'ont permis d'éclaircir ma question de départ : L'utilisation de la médiation pour faire adhérer un enfant aux soins.

Ce travail m'a permis de comprendre le développement cognitif et affectif de l'enfant, l'intérêt de l'utilisation de la médiation et le mécanisme d'adhésion aux soins. En effet un enfant entre 3 et 8 ans a besoin de l'imagination, du jeu pour s'évader durant des situations trop difficiles. L'infirmière par l'utilisation de la médiation durant un soin invasif, peut donc créer une atmosphère apaisante et sécurisante pour l'enfant. La médiation englobe la communication, la posture soignante et toutes sortes de distractions. Grâce à cette médiation, elle peut donc favoriser l'adhésion aux soins de son patient. Elle laisse alors un souvenir agréable et garde une relation de confiance. Le travail en collaboration est essentiel pour la médiation. L'enfant est rassuré par la présence de ses

parents. Si ceux-ci ne sont pas présents, l'auxiliaire de puériculture prend le relais. Cela offre un environnement sécurisant qui "prend soin du soin".

La relation soignant-soigné est humaine. L'infirmière ne peut pas toujours être efficace dans cette médiation. L'enfant également n'y est pas toujours ouvert. Le mieux est donc de s'adapter et faire preuve d'originalité afin de personnaliser sa médiation et sa prise en soin. Il appartient au soignant de faire son maximum pour laisser un souvenir agréable et faire adhérer l'enfant.

Ce travail présente un réel intérêt pour ma future pratique professionnelle, car je souhaite me spécialiser en puériculture. La relation en tant que soignant, aux enfants est donc un point qui m'intéresse fortement. De plus, enfant ou adulte, cela me tient à cœur, de faire adhérer le patient aux soins. De le rendre acteur de sa prise en soin. Ne pas faire subir le soin, ne pas convaincre le patient, mais lui faire comprendre et accepter. Ce travail m'a permis de développer ma capacité réflexive et d'analyse. Pour finir il m'a aussi apporté un regard critique sur ma pratique professionnelle et sur mon positionnement, qui au final contribue à me projeter en tant que future soignante.

Bibliographie

Ouvrages :

- N.NADER-GROSBOIS. (2006). *Le développement cognitif et communicatif du jeune enfant (du normal au pathologique)*. (1ère éd, Edition De Boek Université) De Boeck & Larcier. Page 39
- A.BAUDIER et B.CÉLESTE. (1990). *Le développement affectif et social du jeune enfant*. (1ère éd). Nathan. Pages 57, 93, 150, 158, 159
- F.BERNARD et H.MUSELLEC. (2015). *La communication dans le soin (Hypnose médicale et techniques relationnelles)*. (2ème éd,Annette). Éditions John Libbey Eurotext. Page 3, 4, 6, 8, 9, 19, 20, 51, 65, 69, 78, 98, 147
- D.LE BRETON. (1995). *Anthropologie de la douleur*. (1ère éd). Éditions Métailié. Page.11, 13, 14, 27, 29, 70

Articles :

- A.Dréano (Août 2018). "Le toucher pour lutter contre les douleurs induites par les soins au jeune enfant". *Soins pédiatrie/Puériculture* (303), 29 - 31.
- Y.Doually et T.Moreaux (Octobre 2008). "La prise en charge de la douleur de l'enfant, un combat à poursuivre" et "Soigner l'enfant dans son environnement familial, social et culturel". *Soins pédiatrie/Puériculture* (244), 15 et 21.
- D.Bantaleb (Février 2020). "De la continuité dans le soin ou comment se construire dans le plaisir du lien". *Soins pédiatrie/Puériculture* (312), 14.

E book :

- C.CLÉMENT et E.DEMONT. (2008). *Psychologie du développement en 20 fiches*. Dunod Paris.
<https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKewi-07eErb3wAhUKtxQKHZjeCPsQFjAGegQICBAD&url=http%3A%2F%2Flivre2.com%2FLIVREF%2FF34%2FF034017.pdf&usg=AOvVaw1gxUm5QVscJOjuNAATOjFW>

Image :

- Sparadrap. *Retours d'expériences : distraire les enfants lors des soins*.
<https://www.sparadrap.org/professionnels/eviter-et-soulager-peur-et-douleur/retours-dexperiences-distraire-les-enfants-lors>

Textes législatifs (source web) :

- Article R4311-7 du Code de la Santé Publique, relatif à l'exercice de la profession d'infirmiers
https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000043085621/

Page web :

- Dictionnaire Larousse en ligne. Définition "invasif" / "besoin" / "douleur" / "peur" / "adhésion".
<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/invasif/44072>
<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/besoin/8907>
<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/douleur/26637>
<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/peur/60046>
<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/adh%C3%A9sion/1069>
- Dictionnaire Le Robert en ligne. Définition "communication".
<https://dictionnaire.lerobert.com/definition/communication>
- Sparadrap est un site web d'une association qui agit pour aider les enfants à avoir moins peur et moins mal pendant les soins.
<https://www.sparadrap.org/professionnels/la-presence-des-proches/quel-role-quelle-place-pour-les-parents-lors-des-soins>
<https://www.sparadrap.org/enfants/dictionnaire/lhopital/charte-de-lenfant-hospitalis>
<https://www.sparadrap.org/professionnels/la-presence-des-proches/quel-role-quelle-place-pour-les-parents-lors-des-soins>
- Université Lyon 2 / Article *Les théories de Wallon*
http://theses.univ-lyon2.fr/documents/getpart.php?id=lyon2.2007.camelio_mc&part=128202
- C.Berlemont. (2016). *Soins infirmiers invasifs : l'effraction cutanée par aiguille*. Pages 167.
<https://www.cairn.info/hypnose-en-soins-infirmiers--9782100746828-page-167.htm>
- D.Gonthier. (1964). *Le développement mental de l'enfant*. Page 12 à 14.
https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKewj_1YW6ppfwAhWGohQKHdSVAzwQFjASegQICBAD&url=http%3A%2F%2Fwww.fondationjeanpiaget.ch%2Ffjp%2Fsite%2Ftextes%2FVE%2FJP43_dvp_mental.pdf&usg=AOvVaw0vSGnHNmxZW9sHc6Ns4yhq
<https://changerderegardblog.wordpress.com/2017/07/05/premier-article-de-blog/>
- Auteur anonyme. *Comment se développe la pensée des enfants ?* Apprendre et éduquer.
<https://apprendreaeducer.fr/developpement-de-la-pensee-enfants/>
- (2019). *La CIDE, qu'est-ce que c'est ?* Ministère des solidarités et de la santé.
<https://solidarites-sante.gouv.fr/affaires-sociales/familles-enfance/30anscide/article/la-cide-qu-est-ce-que-c-est>
- FHP. (2015). Définition de la fonction de l'auxiliaire de puériculture.
<https://www.fhp.fr/1-fhp/6-nos-services/1214-auxiliaire-de-puericulture.aspx>
- Pédiadol. (2019). *Implications et séquelles de la mémorisation d'événements douloureux chez l'enfant*
<https://pediadol.org/implications-et-sequelles-de-la-memorisation-devenements-douloureux-chez-lenfant/>
- Revue médicale suisse (2013). *Adhésion thérapeutique du patient chronique : des concepts à la prise en charge ambulatoire*
<https://www.revmed.ch/revue-medical-suisse/2013/revue-medical-suisse-386/adhesion-therapeutique-du-patient-chronique-des-concepts-a-la-prise-en-charge-ambulatoire>

Annexes

Sommaire :

Annexe I : Guide d'entretien

Annexe II : Retranscription des entretiens

Annexe III : Tableaux

Annexe IV : Charte de l'enfant hospitalisé

Annexe V : Les cinq dimensions de l'adhésion

I - Guide d'entretien

- **Objectif 1 : Définir d'après l'IDE le soin invasif pour un enfant, et repérer le positionnement professionnel pour sa réalisation**

Questions :

- *Quelle est la représentation d'un soin invasif pour un enfant ?*
- *Que faut-il anticiper pour la réalisation d'un soin dit invasif chez l'enfant?*
- *Que faire quand le soin risque d'être difficile ou que l'enfant n'adhère pas ?*

- **Objectif 2 : Repérer pour l'IDE, la place du travail en collaboration lors du soin invasif chez un enfant**

Questions :

- *Proposez vous aux parents de rester pendant le soin ? Pourquoi et quelle conduite avoir ?*
- *Travaillez vous beaucoup en binôme avec l'aide soignante / l'auxiliaire de puériculture ? Quel est l'intérêt de ce travail en binôme, ce qu'il apporte ?*

- **Objectif 3 : Identifier l'intérêt et les limites de l'utilisation de la médiation par l'IDE**

Questions :

- *Quels moyens utilisez-vous pour diminuer angoisse et appréhension lors du soin ?*
- *Quel est l'utilité de la médiation lors du soin ?*
- *Quelles sont les limites de la médiation ?*

II - Les entretiens

1er entretien : IPDE N

ESI : Bonjour je m'appelle Enora, je suis en troisième année d'infirmière et du coup je travaille sur mon mémoire de fin d'étude. Mon mémoire va parler du rôle de l'infirmière en fait, dans l'utilisation de la médiation pendant un soin invasif auprès d'un enfant. Donc déjà merci d'accepter mon entretien.

IPDE : De rien

ESI : Et du coup, si tu es d'accord, j'aimerais bien l'enregistrer ?

IPDE : Pas de soucis tu peux y aller.

ESI : Ok merci. Du coup j'ai huit questions à poser en tout. Et donc la première question c'est, enfin déjà hors questions obligatoires pardon, les premières questions ce serait d'abord si c'est possible de te présenter, ton parcours et où tu travailles actuellement ?

IPDE : D'accord donc moi je suis N, je suis infirmière depuis 2009, fin mai 2009. J'ai donc travaillé d'abord chez les adultes pendant presque deux ans, pas tout à fait. Je suis arrivée en pédiatrie au départ en tant qu'infirmière donc fin 2010, j'ai travaillé en tant qu'infirmière jusqu'à 2000... si je me trompe pas quand même c'est mieux, 2013. Dans l'année 2013 j'ai fait l'année de puéricultrice et du coup depuis je suis en pédiatrie à l'hôpital de *****. Je fais à la fois l'hospitalisation et les urgences pédiatriques, je fais les deux.

ESI : D'accord,ok. Merci. **Du coup ma première question c'est, pour toi quelle est la représentation en fait d'un soin invasif chez l'enfant ? Comment il se l'imagine ?**

IPDE : Comment l'enfant se l'imagine, le soin invasif ?

ESI : Oui

IPDE : D'accord. Vaste question. De la part de l'enfant, c'est totalement différent de notre point de vue à nous je pense, parce que pour l'enfant ce qui est invasif ce serait vraiment en gros je pense ce qui rentre dans sa sphère. C'est un petit peu comme on dit chaque personne à sa zone de confort vraiment physique autour de lui. Il y a des gens qui ne vont pas supporter qu'on leur fasse juste une tape dans le dos ou d'autres ça ne va pas les déranger etc... Rien que le contact physique est ressenti différemment et l'enfant c'est un petit peu ça. Quand on dit un soin invasif pour moi, chez un enfant par exemple : la prise d'une température dans l'oreille peut-être ressenti comme un soin invasif de la part d'un enfant, tout dépend de la représentation qu'il a en fait de son propre corps et de ce qui lui appartient à lui. Le côté invasif du coup pour l'enfant c'est pas forcément juste la piqûre, parfois voilà ça va être une prise de tension, une prise de température, les pansements peuvent être aussi des soins invasifs pour un enfant. Notamment là j'ai l'exemple particulièrement des enfants qui sont atteints de

leucémie ou de cancer, qui ont des pansements, toutes les semaines sur leur KT centraux. Ce sont des soins qui sont très mal vécus par ces enfants là. Je pense que dans le soin invasif, si tu pars de l'enfant c'est beaucoup plus vaste que la simple piqûre, c'est pas juste l'infraction de la peau on va dire c'est vraiment en fonction de sa zone de sécurité entre guillemets.

ESI : Donc ça dépend aussi de ce qu'il a vécu ?

IPDE : Voilà c'est ça et de sa propre représentation de lui-même en fait. On va dire de ses barrières de sécurité à lui.

ESI : Liés à son développement aussi en fait au final du coup ?

IPDE : Aussi oui. Bah oui donc effectivement à son âge aussi forcément ça va pas être vécu de la même manière pour un enfant de 2 ans que pour un enfant de 14/15 ans bien sûr.

ESI : Merci et du coup en tant qu'infirmière **qu'est-ce qu'il faut anticiper en fait avant un soin du coup invasif chez l'enfant ?**

IPDE : Alors déjà un enfant en fait, on va dire qu'il faut entre guillemets apprendre à le connaître. Même si par exemple quand je travaille aux urgences je peux pas dire que je connaisse un enfant quand j'arrive pour la prise de sang, mais j'ai eu ces petits moments au départ, où je me suis présentée, où on a pris la tension mais on a fait d'autres choses. Son papa, sa maman m'ont raconté ce qui se passe. Ce sont des moments qui nous permettent d'en apprendre un peu plus, de voir ses réactions quand je m'approche de lui. Comment est ce qu'il réagit à mon approche tout simplement et ensuite bah savoir surtout qu'est ce qui lui plaît ? Comment la maman ou le papa se comporte avec lui ? Chercher est ce qu'il aime la musique ? Est ce qu'il parle de quelque chose en particulier ? Essayer de trouver on va dire un sujet ou quelque chose qui à l'air de le motiver, qui pourrait concentrer son attention en tous cas. Qu'est ce qui pourrait lui plaire ?

ESI : D'accord **et si un soin risque d'être difficile ou que l'enfant n'adhère pas, qu'est ce qui peut être mis en place ?**

IPDE : Donc nous on est beaucoup sur ce projet là en plus actuellement dans le service, donc sur tout ce qui est distraction, on est entrain de développer justement on va dire, un panel de distractions très très élargies pour pouvoir vraiment avoir tout ce qu'il faut pour chaque enfant. Euh c'est assez vaste. Mais c'est essayer de mobiliser son attention sur autre chose. Sans nier le soin en fait, voilà on va lui présenter les choses, lui expliquer bien sûr ce que l'on va faire, en dédramatisant, en essayant de lui présenter les choses quand même de manière positive entre guillemets. Sans mentir, ne pas dire c'est juste un pique de moustique. C'est vrai que l'on disait beaucoup ça avant, maintenant on le dit beaucoup moins. C'est à dire voilà on va faire une piqûre, on va faire en sorte que ça se passe le mieux possible, et on essaye d'utiliser un vocabulaire positif, et ensuite de trouver en discutant avec lui, voilà de trouver quelque chose qui lui plaît pour pouvoir ensuite partir soit sur un jeu, soit sur une chanson, soit sur juste une discussion, soit raconter une histoire. C'est vraiment la distraction. Le soin il est là, au moment où je vais piquer je vais lui dire mais à côté on va faire en sorte qu'à chaque fois,

si il y a quelque chose qui l'embête ou qu'il n'est pas content, de reporter son attention sur autre chose.

ESI : Donc c'est important cette notion de ne pas cacher à l'enfant en fait, de quand même lui dire avec les mots qu'il peut comprendre, ce que l'on va faire, de ne pas trop améliorer les choses quoi. De quand même lui dire la vérité c'est important ?

IPDE : C'est ça, parce qu'en fin de compte, si il est surpris il y aura un effet beaucoup plus néfaste que si on lui avait dit directement les choses. Alors que si on lui dit au départ, en fin de compte on le prépare, souvent, notamment quand c'est une prise de sang, donc quelque chose de vraiment invasif. Une prise de sang déjà quand je lui met la crème EMLA, je le prépare aussi en lui disant " bah voilà je te met une crème c'est pour endormir ta peau, pour que si jamais le docteur a besoin qu'on te fasse une piqûre, ta peau ne sentira pas" et ça se passera mieux. Déjà dans sa tête ça commence à réfléchir, il a besoin de temps aussi l'enfant, on peut pas arriver tout de suite et lui sauter dessus entre guillemets.

ESI : Du coup ce que j'ai pu aussi observer dans mon stage, c'est que pour les soins, par exemple une prise de sang. Un adulte on y va toute seule et on le fait, mais j'ai toujours vu avec l'AP et si vraiment elle pouvait pas, avec un parent. **Alors j'aurais voulu te demander est ce que vous proposez aux parents de rester pendant les soins et si oui pourquoi ?**

IPDE : Moi systématiquement les parents sont là, sauf si, fin je leur laisse toujours la possibilité de sortir parce que certains ne supportent pas du tout, alors en général, fin c'est rare que, soit ils sont deux et alors un des deux dit "moi je suis moins à l'aise donc je sors". En général si le parent est tout seul, il y en a toujours un qui reste parce qu'on veut pas les laisser tout seul, c'est normal. Non nous c'est quelque chose en tous cas chez nous, les parents ne sont jamais mit dehors, à part pour tu vois les ponction lombaire, c'est le seul soin parce que là effectivement, et encore ça dépend du médecin aussi maintenant, j'ai déjà vu des parents restés mais après c'est vrai qu'il y a le côté aseptique, tout ça qui rentre en jeu et c'est aussi un peu plus invasif comme soin, mais les soins que nous on fait auprès de l'enfant, les parents sont toujours présents, toujours, toujours. Par contre l'AP aussi, je ne vais jamais piquer toute seule, à part les 14/15 ans. Pour deux raisons, c'est d'abord le côté technique, c'est effectivement qu'un enfant peut quand même bouger et avoir l'AP à côté, des fois on pique aussi dans des positions, un peu, sur les tout petits, donc c'est une aide technique aussi on va dire et puis bon voilà on a beau des fois prendre des précautions, l'enfant bouge et il faut quand même le maintenir malheureusement donc on a besoin d'elle, et c'est aussi le côté que justement quand je parle de distraction, ou de médiation, cette médiation là quand nous on est vraiment dans le soin, on va pouvoir être dedans. Au départ, sur la distraction et tout ça, mais quand on arrive vraiment dans le soin c'est plus difficile, surtout si c'est un soin compliqué, un enfant difficile à piquer ou autre, on peut pas être sur deux choses à la fois, on peut pas à la fois le distraire et à la fois être sur le soin, alors on a des parents qui sont très aidant et qui vont rentrer justement dans la distraction et qui vont au final tout gérer eux même, mais c'est pas toujours le cas et on peut pas partir du principe que les parents vont pouvoir le faire à notre place, parce qu'on ne sait pas comment ils vont réagir, eux même ne le savent pas. Donc nous en tous cas et puis bon surtout ça rassure l'enfant d'avoir son parent à côté bien évidemment c'est la première raison, mais nous on a tout le temps les parents et l'AP. L'AP avec moi.

ESI : La présence des parents c'est déjà un point d'apaisement pour l'enfant pendant un soin?

IPDE : Bah complètement. Je ne me vois pas, enfin si un parent n'est pas dans la chambre c'est parce que lui il l'a décidé, ce ne sera jamais moi qui lui demanderai de sortir.

ESI : Donc c'est une ressource ?

IPDE : A tout à fait, et c'est ce que je disais, il y a déjà la présence pure et simple du parent, et ensuite si on veut aller vers une distraction ou fin voilà trouver quelque chose. Déjà le parent va nous aider à trouver la chose qui va attirer l'attention de l'enfant et puis si c'est le parent qui mène cette distraction elle aura beaucoup plus d'impact, elle sera beaucoup plus efficace que si c'est nous en fin de compte. Les parents sont essentiels c'est certains.

ESI : Ma deuxième question sur ce sujet, tu y répondais **c'était l'importance du travail en binôme ?** Plus présent en tous cas j'ai trouvée que dans mes stages adultes..

IPDE : Effectivement l'AP j'en ai besoin, je disais souvent quand j'étais en tant qu'infirmière et que j'ai débuté en pédiatrie, je disais moi ce sont les AP qui m'on appris à piquer les bébés, ce sont les AP qui sont avec moi, ce sont les AP qui nous observent et qui disent tiens tu voudrais pas faire comme ça... En pédiatrie c'est vrai, c'est quelque chose, le travail en binôme est vraiment important.

ESI : **Quels moyens en fait tu utilises pour diminuer l'angoisse et l'appréhension pendant le soin ?**

IPDE : Et bien la médiation et ça peut être toutes sortes de choses : le jeu, le toucher, lire une histoire, écouter de la musique, donner un objet à manipuler etc... La communication aussi avec une discussion pendant le soin sur un sujet que l'enfant aime. En gros tout ce qui procure du plaisir et de l'apaisement à l'enfant.

ESI : D'accord, on en a un peu parlé de la médiation, et donc **en général c'est quoi l'utilité de la médiation auprès des enfants ?**

IPDE : Même dans la vie de tous les jours, c'est vrai qu'un enfant il faut qu'il est comment dire, il faut qu'il trouve un intérêt, qu'il trouve un plaisir à quelque chose si on veut qu'il adhère, si il n'a aucun intérêt, bah non il en voudra pas c'est normal. En fin de compte, si il n'y a pas cette médiation là, si on va directement dans le soin, sans chercher à rendre la chose agréable, sans le faire adhérer au soin, ça se passera mal c'est sûr, c'est sûr et certain. Donc voilà à partir du moment où on cherche, même si parfois c'est notre formateur en hypnose qui disait ça : parfois on à l'impression que ça c'est mal passé parce que l'enfant a pleuré, parce que voilà mais prenez le temps après de lui poser la question "comment tu l'as ressenti ?" et des fois il va te dire "oh c'était super" parce qu'en fin de compte oui il à peut-être eu mal, oui il à peut-être eu peur sur la fin, sur le soin ou quoi que ce soit mais en fin de compte lui ce qu'il garde en mémoire, c'est le jeu qu'on à fait, c'est l'histoire qu'on à raconter avec Dora, c'est ces choses là. Et en fait c'est ça qui est important, c'est que derrière il y a le soin en lui même, au final on se dit au départ, ce qui disent certains soignants "oh la la ça nous prend du temps" oui mais au final ça nous prend quelques minutes au départ mais ça nous en fait gagner

bien plus sur le soin en lui même parce qu'au final si il adhère on gagne beaucoup de temps, on y arrive du premier coup des fois, c'est ça aussi. Puis on en gagne sur les suivants parce que forcément si le tout premier soin se passe mal, le suivant il ne va même pas vouloir rentrer dans la pièce, que là si le premier soin se passe bien ou pas trop mal, le deuxième bon bah il va quand même accepter de se laisser approcher. C'est vraiment un gain de temps et lui aussi dans sa construction aussi psychologique à lui, la représentation du soin elle sera complètement différente.

ESI : C'est super car c'est l'ouverture en quelque sorte que j'aimerais pour mon mémoire c'est avoir une mémoire du soin. Un soin qui se passe mal surtout chez un enfant, ça restera bloqué dans sa tête, en tous cas c'est ce que je pense, que j'ai observé dans mes situations d'appels. C'est 2 perfusions sur deux petits garçons de 4 ans et pour l'un ça c'est très bien passé et il était content. Pour l'autre à peine on rentrait dans la chambre pour un soin, il pleurait, il ne voulait pas nous voir. Ça m'a fait m'interroger sur toute l'importance de la médiation. **Pour finir j'aurais voulu savoir s' il y avait pour toi des limites à la médiation, si parfois des enfants n'adhèrent pas et ce qu'il se passait ?**

IPDE : Ça ne marche pas à tous les coups. Alors bah il y a des fois aussi, si tu ne trouves pas le truc qui fallait, alors c'est plus sur les plus grands les ados, qui sont plus timides, qui sont angoissés mais qui ne le disent pas trop c'est plus difficile parfois de rentrer en communication avec eux et donc de trouver, le truc qui va vraiment les faire partir, ils sont beaucoup plus rationnels et donc après dans ce cas là, les soins en général se passent quand même pas trop mal, mais on a une insatisfaction de se dire, il a été tendu, il a ressenti de la douleur, etc. Après chez les plus petits effectivement, il y a des fois des enfants qui arrivent, déjà avec une peur, déjà de base parce que, pour tout un tas de choses, il y a des enfants qui sont déjà fixés sur la blouse, le fait d'être à l'hôpital, il y a beaucoup de choses. On voit bien qu'on a beau essayer, en fin de compte on arrive pas à entrer en communication avec l'enfant parce qu'il est trop mal, il a trop peur ceci cela. Il peut y avoir tout un tas de raisons. Maintenant il y a toujours des moments où on y arrive pas et voilà il faut hausser le ton, on est obligé de les maintenir malheureusement après on essaie toujours, après coup en tous cas de reposer les choses, d'expliquer à l'enfant que là on a pas le choix, que c'est pour son bien qu'il a vraiment besoin de tout ça pour aller mieux et puis après c'est aussi de demander pardon "oh je suis désolée je t'ai fait mal? Ça a piqué ? Ça a été long ? Il a fallu que je recommence". Après ça n'atténue pas le soin en lui même mais je pense qu'il l'entend quand même tout ça, ça peut aider un petit peu, malheureusement ça ne marche pas à tous les coups, ce n'est pas magique. Il y a des jours où on est moins motivé, on arrive moins à trouver le truc qui va faire la médiation, donc c'est comme ça. Va rester tout ce qui est psychologique et humain, donc selon nous, la façon dont, comment on se sent ce jour là, il y a des jours où on est moins ouvert à tout ça et du coup on sera moins efficace.

ESI : Est ce que tu veux rajouter quelque chose ?

IPDE : Comme ça non. J'espère avoir répondu à toutes tes questions.

ESI : Oui merci. Je te redit que c'était enregistré et que ce sera bien anonyme. Merci beaucoup.

IPDE : Merci à toi.

2ème entretien : IDE A

ESI : Bonjour, je m'appelle Enora, je suis en 3ème année d'étude d'infirmière, donc à la fin de mes études. Dans le cadre du mémoire j'aimerais faire un entretien, mon mémoire parle du rôle de l'infirmière dans l'adhésion au soin, par l'utilisation de la médiation auprès d'un jeune enfant entre 3 et 8 ans pendant un soin invasif. Du coup je te précise que l'entretien sera bien anonyme et pour des raisons de facilité de retranscription de l'entretien et d'analyse j'aimerais qu'il soit enregistré. Est ce que tu serais d'accord ?

IDE : Salut, oui oui je suis tout à fait d'accord pour que l'entretien soit enregistré il n'y a aucun problème.

ESI : Super merci. Du coup merci d'accepter l'entretien, il y aura 8 questions en fait au total et ça va durer entre 20 et 30 minutes à peu près. Du coup dans un premier temps est ce que c'est possible de te présenter, ton parcours et où tu travailles actuellement ?

IDE : Je m'appelle A, j'ai 28 ans, pour ce qui est de mon parcours j'ai d'abord commencer par être aide-soignante, je ne sais pas s'il faut que je remonte aussi loin. J'ai été aide-soignante pendant 1 an et ensuite j'ai passé mes concours infirmiers. Donc pendant l'école d'infirmière je n'ai pas fait beaucoup de stage en pédiatrie, j'en ai fait un seul, c'était en début de troisième année et c'est là où je travaille actuellement, donc aux urgences pédiatriques de ****. Moi à la base j'étais pas du tout pour faire de la pédiatrie ni des urgences, en fait c'était un stage que je ne voulais pas faire à la base et c'était soit ça soit de la gériatrie que j'avais déjà pas mal fait donc du coup je suis partie. Je suis allée pour essayer quand même et en fait ça m'a plu et je n'ai plus jamais voulu repartir et ça va faire bientôt 3 ans en septembre que je suis là bas. Je ne sais pas si t'as besoin de savoir d'autres choses au niveau du parcours dis moi. Et je pense que c'est important du coup au niveau de l'entretien c'est mon premier poste, donc ça va faire 3 ans que je suis diplômée aussi.

ESI : Oui c'est ce que je voulais super merci, c'est super comme parcours. **Du coup pour mon mémoire la première question en fait ce serait, pour toi, quelle est la représentation d'un soin invasif chez l'enfant? Comment il se l'imagine, qu'est ce qui pour lui est invasif?**

IDE : C'est une bonne question, je pense que pour moi un soin invasif pour l'enfant ça va être, c'est assez, c'est beaucoup beaucoup de soins. Fin nous on fait beaucoup de soins invasifs aux urgences, en fait je pense qu'à partir du moment où tu commences à le toucher alors qu'il veut pas et qu'il est pas d'accord c'est quelque chose d'invasif. Tu vois, quand on leur fait des bilans, quand on leur pose des sondes naso gastriques, quand on leur fait des sondages urinaires, tout ça c'est des soins invasifs. Je pense que même enlever un pansement c'est invasif parce que c'est quelque chose qui fait mal, en fait c'est, fin pour moi je pense que eux ce représentant un soin invasif comme quelque chose qu'ils n'ont pas envie en fait qui rentre dans leur, quand on rentre dans leur bulle en fait. Je pense que déjà la plupart des soins qu'on leur fait sont invasifs, enfin ils considèrent qu'ils sont invasifs. Tu vois même faire une petite toilette au Dakin par exemple avant le sondage je pense que c'est représenté par l'enfant comme invasif déjà parce qu'on les tient en fait, on contentionne beaucoup les enfants, fin contentonné, on les tient en fait on fait les soins beaucoup en binôme en fait avec les AS. On travail toujours toujours à deux et en fait elles sont là pour nous tenir les enfants pendant qu'on fait les

soins, donc les maintenir allongés quand on leur fait une toilette ou un sondage, les maintenir allongé en leur tenant la main on quand on les piques parce que les enfants refusent presque systématiquement les soins, surtout les petits. Voilà poser les sonde naso gastriques elles tiennent aussi les enfants, c'est invasif pour eux, on les tient, on leur fait quelque chose qu'ils ont pas envie donc c'est, c'est tout ça en fait. C'est toute la représentation du soin et tout ce qu'il y a autour. Pour moi un soins invasif, c'est un soin qui va faire mal, qui va être inconfortable, pour lequel on a besoin de contentionner l'enfant, pour moi ce serait ça les principaux critères d'un soin invasif.

ESI : Donc en fait pour l'enfant dans ta représentation, ce serait en fait à partir du moment où on rentre dans sa bulle, dans sa sphère intime ?

IDE : Oui voilà exactement, c'est quelque chose, fin déjà venir à l'hôpital il a pas envie tu vois, et on l'observe beaucoup là, fin pas la plupart du temps parce qu'on a quand même, après quand je dis contentionner, c'est pas on les attachent et tout ça, c'est vraiment on essaies de les contenir en fait. Pour les plus petits par exemple, on à une méthode où on les prend comme ci on faisait un câlin et donc du coup il est contre l'aide-soignante et elle lui tient la main et il y a maman qui est derrière et on a d'autre méthodes pour adoucir. Pour les plus grands aussi, quand je dit contention, on les tient mais avec nos mains, c'est pas des contentions attachées et on utilise d'autres méthodes aussi pour apaiser le soin. Donc pour en revenir aux représentations de l'enfant, en fait la plupart du temps tu vois en fait, quand tu rentres dans la chambre, dans beaucoup de cas l'enfant se met à pleurer en fait à partir du moment où tu le mets sur le brancard. Ils sentent que, en fait c'est quelque chose d'intrusif, tu rentres dans son intimité, tu vas le toucher alors qu'il te connaît pas, tu vas toucher son corps alors qu'il te connaît pas donc je pense que tout ça c'est considéré comme invasif, parce que c'est quelque chose qui va le mettre en position ou il va pas se sentir bien. Il va se sentir un peu stressé, il c'est que ça peut potentiellement lui faire mal donc en fait je pense qu'à partir de là fin le soin en lui même c'est considéré invasif. Je pense pas qu'il y est vraiment des soins invasifs ou on au yeux des enfants, je pense qu'ils considèrent globalement le soins comme invasifs en fait. Je pense que dans beaucoup de représentations les soins invasifs, ça va être les prises de sang toutes ces choses là, mais aux yeux de l'enfant ça va être, fin je pense vraiment qu'il considère la petite toilette par exemple comme quelque chose d'invasif. Des fois donner du Doliprane c'est assez sport et je pense que ça peut être invasif pour eux parce qu'ils n'ont pas envie de le prendre mais en même temps il faut qu'on leur donne, parce que si on ne fait pas tomber leur fièvre il peut y avoir des conséquences. Donc c'est parfois compliqué à gérer avec les enfants, je pense qu'ils considèrent la plupart des soins comme invasifs. Je ne sais pas si c'est très clair, je suis désolée.

ESI : Si si c'est super clair. **Mais du coup, c'est ma deuxième question du coup, que faut-il anticiper en fait pour la réalisation de ce soin invasif auprès de l'enfant ?**

IDE : Ce qu'il faut anticiper c'est la communication, c'est hyper important la communication, c'est pas tu rentres dans le box, tu poses l'enfant et tu fais ton soin parce que là ça va être, bon déjà ça va être quasiment impossible, ça va être une première approche de l'enfant, la manière de l'aborder, de lui expliquer les choses, adapter ton vocabulaire à l'âge, savoir faire des métaphores, ne pas utiliser certains mots, si tu lui dit " t'inquiète pas, ça va pas faire mal". T'inquiète pas c'est qu'il à des raisons de s'inquiéter et "ça va pas faire mal" c'est que ça peut potentiellement faire mal tu vois. Donc voilà on essaie de trouver des techniques. Quand le médecin te demande d'aller faire un soin, moi souvent

je lui dit "est ce que tu as pris le temps d'expliquer aux parents et à l'enfant", si il me dit "non" bon bah j'explique ou alors quand je rentre dans le box je demande aux parents et à l'enfant si ils ont bien compris ce que le médecin leur a dit. C'est beaucoup beaucoup de communication avec les enfants, c'est prendre le temps de leur parler un petit peu avant le soin, si c'est des tout petits bébé par exemple le temps que je regarde les veines, je vais le laisser dans les bras de maman pour le rassurer. La communication c'est très important ça joue un rôle important en tout cas dans la manière dont les enfants vont aborder le soins par la suite. Ce qu'on va pouvoir anticiper aussi c'est qu'en fonction de l'âge, par exemple si c'est des petits bébés, on va jusqu'à 3 mois, on va emmener avec notre plateau par exemple pour le piquer du G30, parce qu'on sait que assimiler à la succion ça va diminuer les effets de la douleur pendant le soin. Si c'est un drépanocytaire par exemple, j'ai oublier de te dire aussi dans mon parcours, j'ai fait un certificat universitaire sur les syndromes drépanocytaires majeurs, du coup j'ai été un peu former à ça et j'ai un diplôme de réanimation néonatale et pédiatrique. Donc dans le certificat d'étude que j'ai fait sur la drépanocytose, voilà on nous explique un petit peu les moyens pour que les soins soit moins douloureux et tout ça et donc nous pour ces enfants là on utilise systématiquement le MEOPA, parce que ce sont des enfants qui sont multi piqués, qui viennent tout le temps à l'hôpital et qui ont une mémoire du soin douloureuse, et puis ils viennent souvent pour des crises douloureuses tu vois, systématiquement on va anticiper même avant que le médecin nous prescrive on va venir dans la chambre avec la bouteilles de MEOPA. Si c'est pas des drépano, on va voir comment l'enfant est, si il est pas trop stressé, on va d'abord essayer de faire le soin comme ça et si on voit que c'est ingérable on va utiliser du MEOPA. Voilà ça c'est des choses que nous en tant que soignant on peut anticiper même si c'est pas encore prescrit, on sait que ce sont des méthodes qu'on utilise très fréquemment.

ESI : Ok merci, c'est super. Je trouve ta certification et ton diplôme très intéressant. **Ma troisième question par rapport à cet objectif, c'est quand justement un soin tu sens que ça va être difficile, compliqué avec l'enfant que faire ?**

IDE : Quand je sens que ça va être difficile. Alors déjà on voit comment réagit l'enfant à nos explications, tout ça, on travail beaucoup avec les parents, moi ce que je propose toujours c'est aux parents de rester avec nous pendant le soin, de se mettre à la tête de l'enfant, de lui faire un câlin, si ils ont l'habitude, d'écouter de la musique. Je travaille beaucoup avec la musique, je propose toujours aux enfants d'écouter une petite contine, regarder aussi des dessins animés, en fait la distraction c'est quelque chose de super important. On peut faire du MEOPA si l'enfant n'a pas d'antécédents, on en fait pas systématiquement mais si on sens que ça va être difficile, déjà pour nous si l'enfant est tendu on va pas réussir et on va devoir refaire, donc on voit comment est l'enfant mais moi j'utilise pas mal le MEOPA aussi. Le MEOPA c'est bien de l'associer à l'imaginaire, de raconter une petite histoire pour que l'enfant se détende et là c'est beaucoup plus facile, le G30 pour le bébé ou au sein de maman. Voila je pense que c'est ce qu'on fait le plus, les parents, la distraction avec la musique, une vidéo et le MEOPA. Je ne sais pas si tu vois comment est le fonctionnement des urgences, mais je ne sais pas si tu connais le principe de l'IAO, mais quand je suis à l'IAO j'essaie de voir en fonction du motif de l'enfant si il va être piquer ou pas, si il va avoir besoin de point de sutures et du coup je pose de l'EMLA.

ESI : Oui je vois ce que tu veux dire. Est ce que tu dirais que c'est une organisation différente que dans un service adulte, faut il davantage anticiper ?

IDE : Oui je trouve que c'est différent de l'adulte parce que déjà la communication est différente, l'adulte est plus capable de s'exprimer s' il a très peur, s' il a très mal. L'enfant en fonction de son âge c'est parfois compliqué, tu ne sais pas vraiment comment ils vont réagir. Bon l'adulte tu me diras forcément non plus mais c'est quand même plus facile, tu te dis qu'un adulte il va quand même savoir plus facilement se contenir pendant un soin. Alors que l'enfant en fonction de son âge il a pas forcément ce cran d'arrêt, tu vois, ils vont se débattre, ils vont hurler. Ils se régulent pas aussi bien que les adultes dans leurs émotions et je pense que c'est plus anxiogène pour eux. Donc c'est toutes les anticipations que tu vas faire en amont qui vont faire que ton soin va plutôt bien se réguler et du coup c'est un peu plus de travail. Il faut toujours dans un coin de ta tête que tu penses à ça, à comment va se passer ton soin parce que ça peut être une perte de temps assez conséquente. Je veux dire si tu t'acharnes sur un enfant qui hurle et qui se débat à le piquer, tu peux faire ce que tu veux t'y arriveras pas, si tu vois dès que tu l'approches qu'il se met à hurler... Bah tu gagneras beaucoup plus de temps et l'enfant il sera beaucoup mieux avec son MEOPA et sa petite histoire, que si tu forces. Le soin aura été traumatisant pour l'enfant, toi t'aura perdu et ton temps et ta patience donc c'est un peu plus de travail d'anticipation mais au final tu gagnes du temps. Chez l'adulte j'ai pas souvenir d'avoir autant anticiper mes soins, de mémoire on pose pas aussi facilement des patches d'EMLA, on fait pas de MEOPA, tu n'as pas ces 5 minutes ou tu prends le temps de raconter une histoire parce que ça c'est du temps que tu prends, mais au final que tu gagnes si ça se passe bien. C'est un travail en plus d'anticipation c'est quelque chose que t'apprends à faire avec le temps et au contact des enfants, c'est pas toujours évident. Je sais pas si je me suis pas un peu perdu, j'espère que j'ai bien répondu à ta question sinon hésite pas à me dire.

ESI : Non, t'as bien répondu merci et je rebondissais sur ce que tu m'avais dit parce que je trouvais ça intéressant. Je reprends le fil de mes questions avec la quatrième : **Du coup est ce que vous proposez aux parents de rester pendant les soins et si oui pourquoi ? Quelle conduite tu adoptes avec les parents présents ?**

IDE : Oui dans tous les cas je propose aux parents de rester et ce que je fais, c'est que je leur explique le soin qui va être fait. Je leur explique la prise de sang, l'objectif de la prise de sang, ce qu'on recherche, le sondage urinaire comment ça va être fait, j'essaie d'adapter mon vocabulaire en fonction des parents que j'ai en face de moi, mais voilà, des fois je vais leur dire "voilà on va récupérer les urines avec une petite paille, pour pouvoir faire un examen des urines...". Donc pour que eux aussi, qu'ils ne soient pas stressés, parce que s' ils sont stressés et qu'ils restent avec leur enfant, l'enfant il va ressentir le stress des parents tu vois. Donc j'essaie de rassurer les parents, leur expliquer le soin et de les inciter à rester à côté d'eux, leur faire des câlins, des bisous, de leur raconter une histoire, ça va rassurer l'enfant, ça va l'apaiser. Il sera moins stressé, parce que bon en fait, on les maintient quand même donc ça c'est quelque chose qui n'aime pas, mais si il y a les parents c'est déjà plus rassurant pour eux, après si les parents ne veulent pas je ne vais pas les forcer non plus parce que si on les oblige à rester et qu'ils sont pas bien, ça ne va pas nous aider, ça ne va pas aider l'enfant non plus. Les inciter à rester auprès de l'enfant, le toucher, le câliner, raconter une histoire et explique bien aux parents l'objectif du soin pour que eux ne soient pas stressés et ne stress pas leur enfant.

ESI : Ok merci et du coup toujours, dans le travail d'équipe en fait, est-ce que aussi, du coup tu y répondais un peu, **vous travaillez en binôme du coup avec l'AS ou l'AP et en fait si oui surtout quel**

est l'intérêt de ce travail, qu'est ce que ça apporte de travailler en binôme quand tu dois réaliser en fait en soins invasif ?

IDE : Alors oui systématiquement on va travailler en binôme et l'intérêt, il est pour deux choses en fait : la première chose c'est que moi quand je vais piquer, je vais pas, je vais être concentré sur mon soin et ça va être compliqué de et piquer et avoir ce réflexe de distraction, de discuter avec l'enfant en même temps et tout. Surtout quand tu commences après ça tu sais le faire au fil du temps quand tu es plus à l'aise avec les soins, mais au début franchement c'est c'est très confortable toi tu fais ton soin et l'AS elle est là pour contenir et en même temps elle discute avec l'enfant, elle chante des chansons, elle raconte des histoires et toi tu peux te centrer sur ton soin. C'est vraiment dans les débuts, genre la première année c'est compliqué de faire les deux en même temps tu vois, tu es pas encore tout à fait à l'aise dans tes soins, tu as besoin de beaucoup te concentrer, tout ça. Au déchochage aussi, c'est important d'être en binôme avec les AS parce que toi du coup t'es encore plus concentré sur ton soin comme l'enfant ne va pas bien l'AS, elle est aussi là pour avoir un œil sur l'enfant, rassurer les parents donc ça c'est top et donc le deuxième point important c'est que piquer un enfant qui bouge tout seul qui, qui se débat, c'est extrêmement compliqué ou même quand on utilise le MEOPA, c'est l'AS qui le fait pendant que toi tu piques, ou maman tient le MEOPA. L'AS tiens l'enfant et toi tu fais ton soin. C'est vraiment une relation triangulaire tu vois, c'est le travail d'équipe mais aussi avec les parents. Tu as le parent, l'enfant et le soignant et quand tu peux être et avec les parents et avec ton binôme le soin, il est d'autant plus confortable. Donc voilà je dirais que c'est important pour ces deux choses là, pour que toi tu puisses te concentrer sur les soins et que l'AS elle soit plus dans ce rôle de distractions, de discuter, ect. Et pour et pour tenir les enfants quand ils se débattent beaucoup et aussi pour la communication pendant le soin. Vraiment au début c'est pas quelque chose d'évident, tu as tendance à vraiment à beaucoup de concentrer sur tes soins et tu es bien content d'être en binôme donc oui nous tous nos soins ils sont systématiquement fait à deux c'est très très très très rare qu'on rentre tout seul dans une chambre.

ESI : Merci pour ta réponse et du coup, mon objectif pour mes trois dernières questions ça parle de la médiation, et la première des questions ce serait **quels moyens en fait t'utilise pour diminuer l'angoisse et l'appréhension pendant le soin ?**

IDE : C'est la médiation. Après la communication pour moi c'est hyper important donc déjà adapter mon explication, mon langage pour expliquer le soin en fonction de l'âge de l'enfant. Expliquer les soins quoi qu'il arrive, mais vraiment de manière adapté en fait, tu vois si ça va être un enfant de 3/4 ans, je vais lui dire voilà tu vas avoir un petit pic de moustique, j'explique que ça va pas durer longtemps, que c'est pour qu'on fasse une analyse et comprendre pourquoi il est malade, etc. J'explique en fonction de ce qu'il a envie de savoir ou pas, et pour rassurer, pas faire non plus de trop de fausse réassurance, j'essaie de pas trop dire t'inquiète pas, ça va pas faire mal et tout parce que c'est pas vrai mais j'essaie de pas mentir. Si il me demande, si l'enfant est l'âge de me demander je lui dis : " bah oui ça risque de te faire un petit peu mal mais ça va être très rapide si tu arrives à te détendre ,tu vas ressentir comme un petit pic et ça va être rapide" donc voilà après je vois, c'est aussi avec le temps, la dextérité parce que du coup tu fais tes soins plus rapidement, du coup ça dure moins longtemps, donc du coup tu es moins là, tu contiens l'enfant moins longtemps. J'utilise la distraction aussi pour essayer de les apaiser avant le soin et de les détendre, j'anticipe les soins qui vont être douloureux en mettant de l'EMLA ou du MEOPA. Je pense que c'est un peu près tout mais

je pense que la communication ça fait une bonne partie du taf et pour la médiation en fait c'est le plus important tu vois, c'est une sorte de négociation du soin. En fait si tu sais ce que tu fais et pourquoi tu fais, tu arrives à l'expliquer de façon adaptée et voilà en face de toi tu as des parents qui sont plutôt rassurés, parce qu'ils ont quelqu'un qui sait ce qu'il fait et tu vois si tu as des parents rassurés, tu potentiellement un enfant qui sera moins stressé parce que les parents ils vont être disponible pour rassurer leurs enfants donc comme je te disais tu vois c'est vraiment triangulaire. Tu peux pas prendre l'enfant sans son parent, et le parent sans son enfant, il faut tous prendre en compte en fait donc c'est la communication avec les parents et les enfants pour faire plus simple. La communication c'est vraiment le plus important pour moi.

ESI : Du coup dans la médiation si je reprends ce que tu dis, tu englobe la communication et la distraction. Ces deux choses là, ce serait la médiation pour toi et donc du coup j'en viens à ma question : **pour toi quel est l'intérêt de la médiation pendant le soin invasif ?**

IDE : Voilà la communication et la distraction. L'intérêt de la médiation c'est de faire en sorte que le soin soit le moins anxiogène possible, pour les parents et pour l'enfant. Le moins traumatisant possible parce que les enfants ils ont une mémoire du soin, donc c'est pour que les prochaines fois, si tu as réussi à faire une bonne médiation, à bien faire accepter le soin, l'enfant adhérera et que ça ce soit bien déroulé, la prochaine fois qu'il va revenir à l'hôpital ce sera pas un enfer tu vois. Alors que voilà si le soin se passe mal, c'est hyper stressant, hyper anxiogène pour l'enfant, il va garder en mémoire et à chaque fois qu'il reviendra à l'hôpital pour faire des soins c'est ça qu'il se rappellera, donc ça se passera forcément mal. Voilà pour moi c'est les deux principaux intérêts, c'est que au moment du soin ce ne soit pas anxiogène pour l'enfant et pour les fois d'après qu'il n'est pas une mauvaise mémoire, un mauvais souvenir de ce soin.

ESI : Et du coup ma dernière question ce serait : **pour toi ce sont quoi par contre les limites à la médiation ?**

IDE : Pour moi ce serait avec des enfants ayant une pathologie particulière tu vois, par exemple avec les autistes c'est compliqué, d'arriver à négocier un soin, d'arriver à expliquer correctement. Donc voilà tu as toujours les méthodes de distractions mais toute cette partie communication qui va être réassurance, qui va toi te faire avoir un premier contact avec l'enfant et normalement qui est censé établir le début d'une relation de confiance, ça va être un peu entachée, toute cette partie là elle va être compliquée avec des enfants autistes. Tu vois nous à **** on a beaucoup d'encéphalopathes, donc quand la communication elle est difficile, c'est pas évident. Je pense que c'est ça les principales limites. Dans les situations d'urgences extrêmes aussi, on a pas le temps, quand ils sont au déchochage les enfants, on leur met pas du MEOPA, parfois on les pique plusieurs fois, après dans beaucoup de cas ils sont très mal donc, je pense qu'il vivent moins cette expérience, je ne sais pas s'ils ont le temps de se poser toutes ces questions, mais je pense qu'il ressentent notre stress déjà, ils ressentent le stress des parents quand ils sont en état, quand ils ne sont pas dans le coma, qu'ils sont quand même éveillés. Des fois on a des découvertes de diabète qui sont au déchochage, qui sont éveillés et qui nous entendent, ils nous voient nous activer et puis là on va pas expliquer le soin aux parents, ni à l'enfant, enfin très synthétiquement, ou souvent tu as le médecin qui arrive à se détacher un peu, mais ça va pas être comme quand tu vas entrer dans une chambre, ou tu vas dire "bah voilà on va faire ça et tout", non il faut que tu ailles vite. Donc tu y vas, tu piques l'enfant, parfois tu arrives pas,

tu le repique mais t'as toujours cette avantage du binôme qui va faire que toi tu vas t'activée et tout mais l'AS va être là pour rassurer l'enfant. Mais ce sera probablement moins structuré que si c'était hors situation d'urgence. Pour moi les limites c'est des problèmes de compréhension dû à une pathologie par l'enfant donc par exemple l'autisme ou les encéphalopathes, du coup ta communication elle va être altérée et tu vas moins pouvoir avoir ce début de relation de confiance avec l'enfant et les situations d'urgences ou tu fait ton soin dans l'urgence et ensuite tu expliques, parce qu'il faut agir tout de suite, tu as pas le temps, tu expliques brièvement mais il faut que tu y ailles donc tu y vas. Toute cette anticipation que tu fais qui aide à la médiation, tu l'as pas avant en fait.

ESI : Merci pour toutes les questions. J'ai fini. Merci pour ce que tu m'as apporté, c'était très intéressant. Je te redis que c'est bien anonyme et que c'était enregistré. Merci pour le temps que tu m'as accordé.

IDE : Je t'en prie bon courage pour la suite.

III - Tableaux d'analyses

Objectif 1 : Définir le soin invasif pour un enfant, d'après l'IDE et repérer son positionnement professionnel dans sa réalisation

IPDE N

IDE A

CONTACT			ANTICIPATION		POSITIONNEMENT	
Physique	Relationnel	Corporellement intrusif	Observation	Enquête	Communication	Médiation
<ul style="list-style-type: none"> - "la prise d'une température" x2 - "les pansements" x2 - "une prise de tension" - "le contact physique" - "enlever un pansement" - "petite toilette" x2 - "le toucher alors qu'il ne veut pas" x3 - "contentionné" x3 - "tu vas toucher son corps" 	<ul style="list-style-type: none"> - "ce qui rentre dans sa sphère" - "sa zone de confort vraiment physique autour de lui" - "la représentation qu'il a en fait, de son propre corps et de ce qui lui appartient à lui" - "sa zone de sécurité" - "sa propre représentation de lui-même" - "ses barrières de sécurités à lui" - "quand on rentre dans leur bulle" - "tu rentres dans son intimité" 	<ul style="list-style-type: none"> - " la piqûre" x2 - "infraction de la peau" - "prise de sang" x3 - "bilans" - "pose de sondes naso gastriques" x2 - "sondages urinaires" x3 - "prise de sang" - "un soin inconfortable" - "un soin qui va faire mal" x2 	<ul style="list-style-type: none"> - "voir ses réactions quand je m'approche de lui, comment est ce qu'il réagit à mon approche" - "Comment la maman ou le papa se comporte avec lui" - "on l'observe beaucoup" - "première approche de l'enfant" - "la manière de l'aborder" - "on va voir comment l'enfant est" 	<ul style="list-style-type: none"> - "apprendre à le connaître" - "qu'est ce qui pourrait lui plaire ?" - "chercher est ce qu'il aime la musique" - "trouver on va dire, un sujet ou quelque chose qui à l'air de le motiver" - "quelque chose qui lui plait" 	<ul style="list-style-type: none"> - "en dédramatisant en essayent de lui présenter les choses quand même de manière positives" - "vocabulaire positif" - "on va lui présenter les choses, lui expliquer bien sur" - "sans nier le soin" - "sans mentir" - "la communication" x4 - "adapter ton vocabulaire à l'âge" - "savoir faire des métaphores" - "ne pas utiliser certains mots" - "lui expliquer les choses" 	<ul style="list-style-type: none"> - "distraction" x2 - "panelle de distractions" - "mobiliser son attention sur autre chose" x2 - "un jeu" - "une chanson" - "une discussion" - "raconter une histoire" - "on le prépare" - "on va faire en sorte que ça se passe le mieux possible" - "la distraction" x2 - "contine" - "musique" - "dessins animés" - "raconter une histoire" - "MEOPA" x6 - "EMLA" x 2 - "prendre le temps"
16	8	16	6	5	11	25
40			11		36	

Objectif 2 : Repérez pour l'IDE, la place du travail en collaboration lors du soin invasif chez un enfant

☐ IPDE N

☐ IDE A

TRAVAILLE EN BINÔME			RELATION TRIANGULAIRE
Essentiel en pédiatrie	Aide technique pour le soin	Aide relationnelle auprès de l'enfant et sa famille	La présence parentale rassure l'enfant
<ul style="list-style-type: none"> - "je ne vais jamais piquer toute seule" - "l'AP j'en ai besoin" - "le travail en binôme est vraiment important" - "L'AP avec moi" - "systématiquement on va travailler en binôme" - "c'est important d'être en binôme avec les AS" - " tous nos soins ils sont systématiquement fait à deux " 	<ul style="list-style-type: none"> - "c'est d'abord le côté technique, c'est effectivement qu'un enfant peut quand même bouger" - "une aide technique" - "l'AS tiens l'enfant et toi tu fais ton soin" - "pour tenir les enfants quand ils se débattent beaucoup" - "l'AS elle est là pour contenir" - "quand on utilise le MEOPA c'est l'AS qui le fait" - "pour que toi tu puisses te concentrer sur les soins" 	<ul style="list-style-type: none"> - "cette médiation là quand nous on est vraiment dans le soin, on va pouvoir être dedan" - "en même temps elle discute avec l'enfant, elle chante des chansons, elle raconte des histoires et toi tu peux te centrée sur ton soin." - "l'AS elle est aussi là pour avoir un œil sur l'enfant, rassurer les parents donc ça c'est top" - " l'AS elle, soit plus dans ce rôle de distractions, de discuter, ect" - "aussi pour la communication pendant le soin" 	<ul style="list-style-type: none"> - "systématiquement les parents sont là" - "les parents sont toujours présents" - "des parents qui sont très aidant et qui vont rentrer justement dans la distraction et qui vont au final tout gérer eux même" - "ça rassure l'enfant d'avoir son parent" - "le parent va nous aider à trouver la chose qui va attirer l'attention de l'enfant" - "le parent qui mène cette distraction elle aura beaucoup plus d'impact" - "Les parents sont essentiels" - "les parents c'est déjà plus rassurant pour eux" - "C'est vraiment une relation triangulaire" - "c'est le travail d'équipe mais aussi avec les parents." - "Tu as le parent, l'enfant et le soignant" - "quand tu peux être et avec les parents et avec ton binôme le soin, il est d'autant plus confortable"
7	7	5	12
			19
			12

Objectif 3 : Identifier l'intérêt et les limites de l'utilisation de la médiation par l'IDE, auprès d'un enfant lors du soin invasif

IPDE N

IDE A

LIMITES			INTÉRÊT			
Le temps	Emotions	Communication altérée	Apaiser l'enfant	L'adhésion au soin	Gain de temps	Mémoire du soin
<p>- "Dans les situations d'urgences extrêmes aussi, on à pas le temps"</p> <p>- "les situations d'urgences ou tu fais ton soin dans l'urgence et ensuite tu expliques"</p>	<p>- "des enfants qui arrivent, déjà avec une peur, (...) des enfants qui sont déjà fixés sur la blouse, le fait d'être à l'hôpital"</p> <p>- "les parents peuvent aussi être un frein"</p> <p>- "il y a des jours ou on est moins ouvert à tout ça et du coup on sera moins efficace"</p> <p>- "il y a des jours ou on est moins motivé, on arrive moins à trouver le truc qui va faire la médiation"</p>	<p>- "on arrive pas à entrer en communication"</p> <p>- "si tu ne trouves pas le truc qui fallait"</p> <p>- "des problèmes de compréhension dû à une pathologie"</p> <p>- "enfants ayant une pathologie particulière"</p> <p>- " quand la communication elle est difficile"</p> <p>- " ta communication elle va être altérée et tu vas moins pouvoir avoir ce début de relation de confiance"</p>	<p>- " les apaiser avant le soin et de les détendre"</p> <p>- " que le soin soit le moins anxiogène possible"</p> <p>- "Le moins traumatisant possible"</p> <p>- "au moment du soin ce ne soit pas anxiogène pour l'enfant"</p>	<p>- " si on va directement dans le soin, sans chercher à rendre la chose agréable, sans le faire adhérer au soin, ça se passera mal c'est sûr"</p> <p>- "il faut qu'il trouve un intérêt, qu'il trouve un plaisir à quelque chose si on veut qu'il adhère, si il n'a aucun intérêt, bah non il en voudra pas"</p> <p>- "c'est une sorte de négociation du soin."</p> <p>- "si tu as réussi à faire une bonne médiation, à bien faire accepter le soin, l'enfant adhérera"</p>	<p>- "au final ça nous prend quelques minutes au départ mais ça nous en fait gagner bien plus sur le soin en lui même parce qu'au final si il adhère on gagne beaucoup de temps"</p> <p>- "Et on en gagne sur les suivant"</p> <p>- "c'est vraiment un gain de temps"</p>	<p>- "ce qu'il garde en mémoire, c'est le jeu qu'on à fait, c'est l'histoire qu'on à raconter avec Dora, c'est ces choses là."</p> <p>- " si le tout premier soin se passe mal, le suivant il va même pas vouloir rentrer dans la pièce, que là si le premier soin se passe bien ou pas trop mal, le deuxième bon bah il va quand même accepter de se laisser approcher"</p> <p>- "la représentation du soin elle sera complètement différente."</p> <p>- " les enfants ils ont une mémoire du soin, donc c'est pour que les prochaines fois,(..) que ça se soit bien déroulé, la prochaine fois qu'il va revenir à l'hôpital ce sera pas un enfer"</p> <p>- "si le soin se passe mal, c'est hyper stressant, hyper anxiogène pour l'enfant, il va garder en mémoire et à chaque fois qu'il reviendra à l'hôpital pour faire des soins c'est ça qu'il se rappellera, donc ça se passera forcément mal"</p> <p>- "pour les fois d'après qu'il n'est pas une mauvaise mémoire, un mauvais souvenir de ce soin. "</p>
2	4	6	4	4	3	6
12			17			

IV - Charte de l'enfant hospitalisé



CHARTRE DE L'ENFANT HOSPITALISÉ

Charte Européenne des Droits de l'Enfant Hospitalisé adoptée par le Parlement Européen le 13 mai 1986.
Circulaire du Secrétariat d'Etat à la Santé de 1999 préconise son application.

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. 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 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..

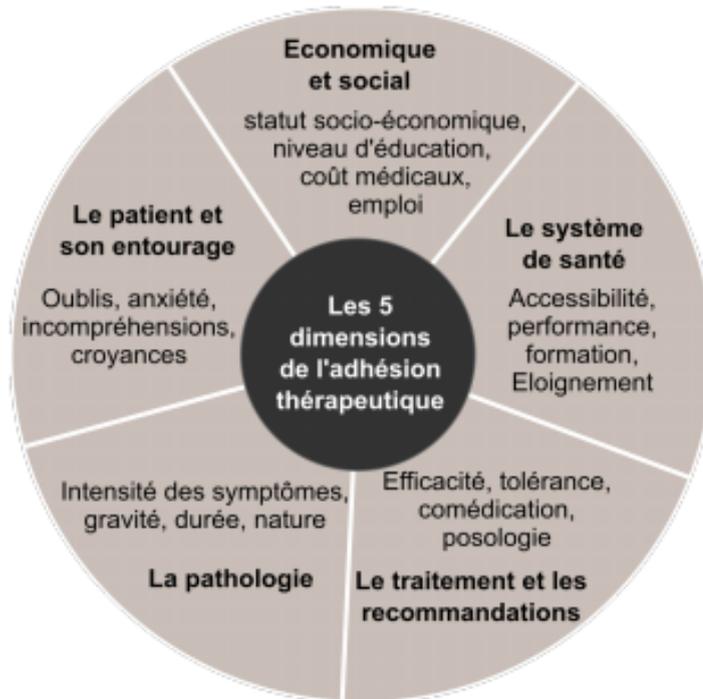
7 L'hôpital doit fournir aux enfants un environnement correspondant à leurs besoins physiques, affectifs et éducatifs, tant sur le plan de l'équipement que du personnel et de la sécurité.

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.

V - Les cinq dimensions de l'adhésion (OMS)



NOM : JEHANNO	PRÉNOM : Enora
TITRE : La médiation un enjeu à l'adhésion	
<p>This final thesis will discuss the importance of the nurse mediation when performing an invasive treatment on a child. During my internship in paediatrics, I was able to observe how different mediation techniques were implemented and their impact on the child adherence to the treatment. I was then questioning myself on the effects of mediation on the patient and the realisation of the treatment as well as the role of the nurse on this adhesion to the treatment for the patient through this mediation.</p> <p>Mediation is present in the realisation of each treatment, starting with communication. This mediation facilitates the treatment and reassures the patient. Thus, I asked myself:</p> <p>“In which way the use of mediation by the nurse facilitates the adhesion to the treatment of a child between 3 and 8 years old, while considering an invasive treatment?”</p> <p>Firstly, the interest of this research work was to understand child development, and define the notions of invasive treatment, mediation and adherence.</p> <p>Then, I wanted to understand how professionals approach invasive treatment with children and how they use mediation. To this end, I have met two nurses working in paediatrics. These interviews have brought me answers as well as new interrogations on the matter.</p> <p>Finally, I intended to discern the difference between the theory and the application, which have led me to question myself about the role of the nurse in the memory of care.</p>	
KEYS WORDS : Mediation / Adherence / Invasive care / Child / Communication	
<p>Mon travail de fin d'étude aborde l'importance de la médiation par l'infirmière lors de la réalisation d'un soin invasif chez un enfant. Lors d'un stage en pédiatrie, j'ai pu observer l'application de différentes médiations et l'impact de l'adhésion aux soins pour l'enfant. Je me suis beaucoup interrogée sur les effets de la médiation sur le patient et la réalisation du soin. Ainsi que sur le rôle de l'infirmière dans l'adhésion aux soins de l'enfant grâce à cette médiation. La médiation est présente dans la réalisation de chaque soin, ne serait-ce que dans la communication. Cette médiation facilite le soin et rassure l'enfant. Je me suis alors posée la question :</p> <p>“En quoi l'utilisation de la médiation par l'infirmière, participe-t-elle à l'adhésion aux soins d'un enfant entre 3 et 8 ans, lors d'un soin invasif ?”</p> <p>Dans un premier temps, l'intérêt de ce travail de recherche est de comprendre le développement de l'enfant, de définir les notions de soin invasif, de médiation et d'adhésion.</p> <p>Par la suite, j'ai voulu comprendre comment les professionnels abordent le soin invasif auprès de l'enfant et l'utilisation de la médiation. Pour cela j'ai interrogé deux infirmières qui travaillent en pédiatrie. Ces entretiens m'ont apporté des réponses, mais également de nouvelles questions.</p> <p>Pour finir, j'ai confronté la théorie et la réalité du terrain. Je me suis alors questionnée sur le rôle de l'infirmière dans la mémoire du soin.</p>	
MOTS CLÉS : Médiation / Adhésion / Soins invasifs / Enfant / Communication	
<p>INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS : IFSI CHU RENNES - Pontchaillou 2 rue Henri le Guilloux 35000 RENNES</p> <p>TRAVAIL ECRIT DE FIN D'ÉTUDES – Promotion : 2018 / 2021</p>	