

Vulnérabilité de l'enfant face à la technicité médicale croissante, les moyens du psychologue pour préserver l'enfant.

Préparer les enfants aux examens d'imagerie médicale

Présentation de la **clinique En-Jeu**

SFIPP, 2017

Bénédicte Minguet, *docteur en psychologie, Humanisation du travail. Humanisation des soins, CHC*

et **Marie Fafchamps**, *licenciée en psychologie, Humanisation des soins, CHC*

Les origines

L'origine de notre intervention de préparation des enfants aux examens d'imagerie médicale, se situe au Québec lorsqu'il y a 20 ans déjà, nous expérimentons la démarche d'accompagnement des enfants hospitalisés, et particulièrement dans la préparation aux interventions chirurgicales, aux techniques de distraction, portées alors par les Child Life Spécialist, formés à ces missions. De retour en Belgique, nous avons développé le concept et voici plus de 20 ans que nous préparons les enfants aux interventions chirurgicales, 21.000 d'entre eux ont déjà bénéficié de cette approche ludique. Ludique dans ses apparences car l'inscription de cette démarche dans une organisation du travail cadencée exige des méthodes protocolées, et soumises aux normes de qualité actuelles.

Préparer les enfants aux soins, aux interventions, aux examens, est devenu une pratique bien inscrite dans la prise en charge des soins tant dans les services d'hémo-oncologie, d'hôpital de jour, de soins intensifs...Ce développement a par ailleurs fait l'objet d'un film « Informer par le jeu » que nous avons réalisé en 2005 en collaboration avec l'Association Sparadrap et qui a été diffusé dans toute la francophonie comme référence en la matière.

Utiliser des méthodes d'information adaptées aux enfants, s'appuyer sur la voie royale de la communication qu'est le jeu et privilégier des temps spécifiques pour prendre le temps avec l'enfant de l'aider à comprendre, et intégrer son expérience à l'hôpital, est vite devenu une marque de fabrique au CHC, et petit à petit la démarche est entrée dans les espaces plus confinés de l'hôpital comme celui de l'Imagerie médicale.

L'intérêt porté par le Dr Khamis à la valorisation des méthodes qui privilégient l'approche qualitative avec les enfants hospitalisés a alors permis que se développe dans le service une méthode d'information différenciée¹. Elle s'articulait bien avec le travail d'accueil déjà réalisé par les technologues, l'introduction du Méopa et des techniques de distraction.

C'est ainsi qu'après avoir mis en place les consultations pré-opératoires au CHC, nous avons proposé au service d'imagerie médicale en 2011 de préparer les enfants à la cystographie selon notre

¹ La démarche s'est appuyée également sur 3 TFE réalisés par Aurélie Beckers, Arnaud Jacquemin et Zulheya Zuli, technologues qui se sont penchés sur la préparation des enfants aux examens d'IM, encadrés par Jacqueline Marcus.

méthode de l'information par le jeu. Puis en 2015, nous avons ouvert la Clinique En-Jeu comme espace de préparation des enfants et leurs familles à la résonance magnétique.

Les points de référence

En 1989, **les droits de l'enfant hospitalisé** (Leiden) incitent les hôpitaux à repenser l'accueil des enfants à l'hôpital. La question de l'information, pour laquelle il est reconnu l'importance de sa participation est un des droits qui a mis l'hôpital au travail, à la recherche de projets qui l'appliquent réellement. Parallèlement, l'évolution du regard sur les compétences des enfants et des petits, comme des tous petits, nous a encouragés à développer des méthodes basées sur le langage, l'approche multisensorielle de l'environnement, sur l'implication des parents dans la réassurance nécessaire de base, sur le jeu dans l'interaction avec l'environnement. En effet, les avancées en psychologie développementale identifiaient non seulement les compétences des enfants mais aussi les conditions dans lesquelles elles se développent (...ou non, si l'on pense aux privations affectives et leurs conséquences sur le développement de l'enfant, ainsi que R. Spitz l'a démontré avec la notion d'hospitalisme).

La démarche de prise en charge de la douleur elle-même s'est intéressée aux autres modalités de communication de l'enfant, l'enfant qui ne parle pas ou ne parle plus est peut-être un enfant qui a mal... et depuis les années 90, soutenu par le groupe Pediadol, la démarche n'a cessé d'étendre le panel des méthodes non pharmacologiques pour diminuer l'impact des soins sur le vécu de l'enfant, sur sa douleur, pour communiquer avec lui sur ce que son corps ressent, sur la douleur qui a un nom et même un chiffre, aujourd'hui partageable grâce aux diverses échelles de douleur.

L'enfant, au statut d'acteur de soins, reconnu à présent, met alors ses ressources et non plus seulement ses craintes au cœur de la relation soignant soigné. Ces avancées se sont surtout développées dans les services où la prise en charge sur un long terme, comme en hémato-oncologie permettait de mesurer les effets, identifiés par l'ensemble des membres de l'équipe d'une information adaptée sur la disposition de l'enfant face aux soins répétés.

Les appuis

Dans les secteurs où les enfants sont de passage, comme dans les laboratoires, le service d'imagerie médicale, il était moins évident de convaincre de la nécessité de la participation de l'enfant, de sa préparation car le temps très court de la prise en charge effaçait en quelque sorte les enjeux et ne donnait pas à voir les conséquences directes et indirectes d'un soin ou d'un examen mal vécu, douloureux au-delà des pleurs au moment des soins, bien souvent banalisés.

Aujourd'hui plusieurs études démontrent les bienfaits de la préparation « psychologique » sur l'anxiété de l'enfant.

En 2016 le Pr. Edmundo Pereira de Souza Neto et son équipe des hôpitaux civils de Lyon démontraient la diminution de l'anxiété préopératoire grâce à l'information délivrée sous la forme des livrets Sparadrap.

Aux E.U. Les Child Life Spécialist ont démontré depuis longtemps l'impact de la préparation préopératoire sur l'anxiété préopératoire et développé des interventions basées sur le jeu et ce même si les résultats cliniques ont toujours devancé les études ainsi que leur nombreux congrès en témoignent. Malheureusement l'ensemble des études ne ciblent que les comportements de l'enfant en postopératoire, au moment où celui-ci exprime son inconfort. Peu d'étude envisagent l'expérience de l'opération comme un évènement dans le temps dans lequel les ressources de l'enfant se manifestent avec une intensité différente selon le moment pré-ou post et le retour à domicile. Ce qui

La Clinique En-Jeu, préparation des enfants aux examens d'imagerie médicale. Bénédicte Minguet et Marie Fafchamps, CHC, 2017

réduit la vision de l'enfant à ses comportements physiques et ses limites plutôt que de mettre en lumière ses capacités d'apprentissage, de coopération et d'intégration de l'information.

En 2015 l'hôpital Robert Debré à Paris a démontré l'impact de la préparation préopératoire par le jeu sur les comportements post- opératoires et la douleur.

En 2016 Sarah Rotman & al. démontraient qu'un apprentissage des consignes avant la passation de l'IRM aidait à développer les capacités de l'enfant et réduisait les besoins en anesthésie

Dans le paysage de l'information dispensée à l'enfant à l'hôpital diverses démarches existent déjà :

- L'information au départ de documents écrits : tels que ceux créés par l'Association Sparadrapp sur la radio, passer une IRM et demain une scintigraphie...
- « *Le petit monde* » : un IRM à taille d'enfant pour tester les conditions de passation de façon ludique et ce juste avant l'examen réel².
- Les initiatives ponctuelles et informelles des techniciens qui présentent le matériel alors qu'un autre enfant est toujours dans la machine, technique basée sur l'apprentissage vicariant.
- D'autres modalités existent encore comme l'accompagnement par une éducatrice de tout le déplacement d'un service à l'autre y compris le moment de passation de l'IRM,...
- Dans les hôpitaux des pays anglosaxons, les Child Lifs Spécialist ont construits des IRM miniatures à disposition des enfants, basés sur des vidéos de présentation du soin.

Le concept de la clinique En-Jeu au CHC

La démarche de l'information par le jeu s'est concrétisée dans la création d'un espace et d'un temps dédié à cette mission. Intégrée dans l'itinéraire clinique de l'enfant, en ambulatoire ou en hospitalisation, le passage à la clinique En-Jeu requiert une organisation exigeante et une compréhension profonde du concept et de ses enjeux par les équipes soignantes et les prescripteurs qui réfèrent alors les patients et leurs familles.

Au-delà d'une approche strictement comportementale, nous avons fait le choix d'une préparation psychologique qui aborde l'enfant plus largement. C'est la raison pour laquelle notre dispositif d'information se base sur les critères suivants :

- la distanciation de la préparation du temps de l'examen
- la dimension systémique : la préparation des enfants et des parents
- la progression des outils : les trois modules de taille différente multiplient pour l'enfant ses possibilités d'interaction
- le haut degré d'interactivité des enfants face au jeu
- l'inscription du projet dans l'itinéraire de l'enfant, avec l'implication en chaîne des équipes soignantes, ajoutant à la cohérence de la démarche

² Les résultats d'un protocole de recherche, lancé par le Pr Pracros sur une population de 300 enfants de 3 à 10 ans concernant l'utilisation de ce prototype, ont évalué à plus de 87% le taux d'anesthésies générales évitées grâce à cette procédure. Thema Radiologie, du 3 février 2014 : « Les enfants éveillées grâce à l'IRM en jeu ».

Par ailleurs, notre démarche d'information se base sur une approche systémique du soin, de l'examen : elle articule la préparation, de distraction, la construction de l'alliance thérapeutique entre l'enfant, le parent et l'équipe soignante. Sous cette forme, nous pourrions parler de démarche préventive des répercussions du soin. En clair, il s'agit avant l'examen de préparer l'enfant en l'informant avec du matériel adapté, de créer l'alliance thérapeutique, de travailler la collaboration et le rôle du parent, mais aussi d'agir sur les conditions environnementales : tamiser la lumière, aménager les lieux..., prendre en charge la douleur de l'enfant... Ainsi, au moment de l'examen, l'attention peut se focaliser sur la position de l'examen (le confort tant matériel que la couverture ou le vêtement de l'enfant), sur la distraction de l'enfant, l'utilisation des méthodes telles que l'hypnose distractive....

Description du processus de préparation des enfants

1. La préparation à l'IRM

- L'enfant est invité une **semaine avant l'examen** à passer rencontrer les psychologues à la clinique En-Jeu. Le **rendez-vous** est donné en consultation et s'inscrit sur un programme informatique.
- L'enfant est accueilli, avec la personne qui l'accompagne pour une durée de **40 minutes** à la clinique En-Jeu
- **Trois modules de jeu** lui sont présentés : ils proposent **une progression** dans la taille et la forme d'interactivité de l'enfant avec le matériel : tout d'abord une maquette playmobils lui présente la « scène » de l'examen, l'environnement, le rôle de chacun, ce qui est attendu de sa présence ; un mini IRM à taille de poupée pour que le mannequin fasse la démonstration des conditions de passation. L'aspect sensoriel y est investigué, puisque l'on propose aux enfants de découvrir les bruits de la machine et de les associer grâce à un jeu de photos à des images connues de situations de tous les jours, de sorte à les rendre quelque peu familiers. La troisième étape est celle de la simulation sur une machine reproduisant les conditions presque réelles de l'examen, la taille de la machine permet alors à l'enfant de se coucher et de simuler l'examen, à l'écoute des bruits précédemment écoutés et en présence de l'accompagnement (le parent) qui découvre sa place, son rôle, ses possibilités de réassurance, et ses espaces temps d'interactivité (notamment lorsque entre les bruits de la machine).
- L'enfant reçoit un **diplôme** qui l'accompagnera en IRM et que l'ensemble des différentes équipes soignantes rencontrées pourront également signer. Il repart également avec la fiche d'information Sparadrap sur l'IRM comme mémoire visuelle et écrite de l'expérience à la clinique En-jeu, qu'il pourra partager de retour au domicile.

2. La préparation à la cystographie

- L'enfant reçoit dès sa prise de rendez-vous le **document Sparadrap** (la cystographie) qui informe en détail de l'examen, des conditions de passation.
- L'enfant est accueilli **20 minutes avant l'examen** dans un espace dédié à la préparation des enfants, et décentralisé dans le service d'imagerie médicale.
- La **simulation de l'examen sur un poupon** et un matériel «radio» miniature permettant à l'enfant qu'au parent de se projeter dans la scène future de l'examen.

- L'enfant, même très petit, touche, manipule, ... les parents posent des questions plus ciblées et envisage leur rôle d'accompagnant de façon précise.

Après 6 ans d'expérience sur le sujet, nous conseillons vivement de repérer les enfants ayant déjà passé une cystographie et de leur proposer de passer par la clinique en jeu, sans enjeu d'examen dans la foulée, pour une forme de désensibilisation et revisite de la mémoire de l'expérience afin de donner plus de chances à l'enfant de ne pas vivre une seconde un traumatisme lié aux conditions de passation de l'examen.

Toutes les mesures sur l'environnement du soin qui peuvent être prises pour respecter la pudeur de l'enfant sont vivement conseillées : la lumière tamisée, le fait de pouvoir garder en partie sa chemise sur le corps, le fait de favoriser la présence d'une technologue plutôt que la présence d'un technologue.

Quelques chiffres sur un premier état des lieux du projet

- 220 préparations à l'IRM ont été réalisées entre octobre 2015 et août 2017
- La majorité des enfants viennent de la consultation de neuropédiatrie. Il s'agit d'un premier filtre puisque les enfants sont envoyés à la Clinique En-Jeu dans la mesure où, pour les prescripteurs il est envisageable pour ces enfants de se passer d'anesthésie générale.
- Pour la majorité ils ont entre 5 et 10 ans, mais la Clinique En-Jeu a accueilli des enfants de quelques mois à 18 et 30 ans.
- Ainsi 90% de ces enfants ont évité l'anesthésie en bénéficiant de la préparation
- 10% des enfants pour lesquels l'anesthésie était prescrite a été maintenue, ils ont bénéficié des informations tant sur l'anesthésie que sur l'IRM à la Clinique En-Jeu.
- 7 enfants avaient vécu une crise à la première passation d'IRM et ont pu bénéficier de la préparation et repasser leur IRM sans anesthésie.
- Dans plus de la moitié des cas, la prédiction parentale du comportement de l'enfant, le met en échec avant même qu'il commence (« *mon enfant n'y arrivera pas je le connais* ») cependant les parents sont contents, fiers et soutenant lorsqu'à la fin de la préparation, l'enfant leur a présenté des ressources encore inusitées, faisant face à la peur de l'examen, et montrant des capacités de collaboration dans un moment considéré au départ comme hostile à l'enfant
- L'ensemble de l'équipe soignante d'IRM a vu ses conditions de travail se modifier positivement. (avant je ne pouvais plus venir travailler le mercredi matin lors de la consultation des enfants tellement j'appréhendais ces moments difficiles de pleurs, de contention, de difficulté à faire entrer dans l'horaire les situations particulières de chaque enfant)

Les indications

La littérature³ relève que **l'IRM peut exiger la sédation ou l'anesthésie lorsque c'est nécessaire, comme c'est le cas pour les enfants qui ont moins de 5 ans (Edwards & Arthurs, 2011) ou moins de 8**

³ Dans le travail de pré-mémoire réalisé par Alicia Assuntini, ULG 2017.

ans selon de Amorim e Silva, Mackenzie, Hallowell, Stewart et Ditchfield (2006), car cela permettrait une meilleure coopération de l'enfant. De même, pour ces auteurs, **l'anesthésie sera exigée si l'enfant a un retard de développement sévère, s'il est claustrophobe ou si on s'attend à ce qu'il échoue l'IRM sans anesthésie.** Les imageries abdominales ont aussi tendance à être réalisées sous anesthésie parce que l'enfant doit retenir sa respiration pendant quelques minutes et cela peut être assez éprouvant pour lui.

Au départ de ce constat, voici les axes sur lesquels nous avons travaillé dans la clinique En-Jeu

Pour les enfants pour lesquels il **est envisageable d'éviter une anesthésie générale.**

C'est sans doute sur ce critère que nous pouvons avoir le plus de champs d'action. En effet, il est généralement admis qu'avant 5 ans, il est préférable qu'une anesthésie générale soit proposée, de même si l'enfant paraît ou est angoissé, hyperactif ou déficient. C'est justement pour ces enfants qu'il est intéressant de proposer le passage par la clinique En-Jeu car nous disposons de beaucoup plus d'information sur les capacités de l'enfant à faire face à l'examen tout en lui donnant la chance de les développer. C'est ainsi qu'il est possible de préparer des enfants à partir de 3 ans déjà.

Ex : Le petit M. a trois ans. Après avoir écouté une première fois l'information au départ de la maquette playmobils, il reproduit très justement le déroulement de l'examen au grand étonnement de tous, et poursuit par la simulation, puis l'IRM sans anesthésie.

Une seconde chance : si après un passage à la Clinique En-Jeu, l'enfant peine encore à rester 5 minutes en simulation, nous avons encore la possibilité de lui demander de repasser une seconde fois à la clinique En-Jeu.

Ex : L'enfant O. 6 ans ne cesse de pleurer la première fois qu'il passe à la clinique En-Jeu, ne parvient pas à simuler l'examen. Il lui est proposé de passer une seconde fois une semaine plus tard à la clinique En-Jeu. La seconde fois, il veut montrer à son papa ce qu'il a appris à son premier passage et fièrement monte directement sur le simulateur. Il passera son IRM sans peine par la suite.

Pour les enfants qui **auront une anesthésie générale** mais pour lesquels l'information sur le processus, anesthésie, examen, salle de réveil, vaut la peine d'être étayé par le jeu tant pour l'enfant que pour ses parents.

Pour les enfants qui ont vécu **antérieurement douloureusement un examen** et qui reviennent pour effacer le souvenir, travailler la résilience et développer des capacités de coping,

Ex : L'enfant T. 7 ans a passé une IRM, mais au moment d'entrer dans la machine a fait une crise. Il lui a été impossible de poursuivre l'examen. Il passe par la clinique En-Jeu et fait vivre à son doudou les conditions de l'examen, le doudou fait sa crise en séance mais l'enfant intègre les consignes et se distancie peu à peu de ses souvenirs anxiogènes. Par la suite il repassera sans peine l'IRM.

Pour les **pré-adolescents (à partir de 10 ans) et les adolescents** : ce n'est pas parce que le support de l'information est visuel, ludique et interactif que les adolescents ne peuvent en bénéficier. C'est le langage associé aux outils qui est important d'adapter dans la relation avec l'adolescent. Il témoigne La Clinique En-Jeu, préparation des enfants aux examens d'imagerie médicale. Bénédicte Minguet et Marie Fafchamps, CHC, 2017

par la suite d'une meilleure compréhension du processus organisationnel, des consignes et des enjeux « *Ah au moins j'ai compris que j'allais entrer dans le tunnel et en sortir vivante, en un seul morceau, C, 16 ans*). De la même façon les parents bénéficient également des supports pour faciliter l'intégration des informations données aux enfants.

Ex : Un adolescent autiste de 14 ans profite de cet espace-temps pour intégrer de nouvelles informations qu'il découvre à sa manière et à son rythme. Même si l'anesthésie est maintenue, le passage dans la clinique En-Jeu lui donne l'espace pour s'exprimer, ainsi que sa maman, sur l'anticipation, l'organisation et les possibles répercussions de l'examen.

Pour les **enfants «différents »** : l'approche multisensorielle ouvre les champs de découverte pour l'enfant, l'attention portée à ses spécificités dans l'apprentissage aide le parent à trouver son rôle rassurant dans le déroulement de l'examen.

Et dans le courant de cette démarche nous envisageons répondre à la demande des équipes d'IRM qui notent qu'une **personne adulte** au moins par consultation refuse d'entrer dans la machine au dernier moment. Une personne sur huit donc qui pourrait également bénéficier de cette approche.

Les enjeux de la démarche

Les examens d'imagerie médicale sont vécus comme des gestes agressifs s'ils ne sont pas accompagnés de mots et de sens. Si nous les voyons avec les yeux de l'enfant qui ne saisit pas dans l'instant les conditions de passation, la finalité de l'examen, il lui est difficile alors de faire confiance à l'équipe soignante sauf sous le registre de la soumission et la docilité. Il lui reste à se soumettre à l'autorité médicale, de la façon qu'il lui semble possible, sans dire un mot, ou en pleurant comme le font souvent les enfants et les tous petits. Nous ne sommes jamais loin de la contention, lorsque les examens exigent une absence totale de mouvements pour générer la qualité de l'image à visée diagnostique. Le recours à l'anesthésie générale pour les examens prolongés sécurise les conditions de l'examen au détriment d'une recherche de collaboration possible avec l'enfant.

Car **rechercher la collaboration** de l'enfant au moment même du soin relève d'un improbable défi, dans la mesure où la présence du stress est à son apogée tant pour l'enfant que pour le parent. Prendre le temps alors d'établir la confiance et l'alliance dans des plages horaires comptées à la minute près pour chaque radio, scanner, ou IRM ne laissent que peu de chances à l'enfant de faire face au mieux de ses capacités.

Diminuer l'anxiété de l'enfant et celle des parents : cette anxiété a plusieurs origines : l'inconnu des conditions de passation l'environnement, les personnes et le geste de l'examen, la peur du diagnostic, la peur de la douleur. La préparation joue essentiellement sur l'angoisse de l'inconnu et retravaille les représentations erronées des uns et des autres à propos de l'examen.

Agir bien avant l'examen

Il est préférable que le temps de préparation des enfants soit sans enjeu de soin ou d'examen pour éviter d'interagir au moment le plus haut du pic de stress. Cela doit être un temps pour lui et non un examen avant un autre. Le temps de latence (de quelques jours à une semaine) entre la préparation et l'examen est aussi un temps actif où la réminiscence de l'expérience vécue étaye une familiarisation progressive avec la réalité approchée lors de la préparation. Elle permet une projection

positive sur l'examen à venir et non une projection des craintes vers l'examen à suivre. C'est un temps où l'enfant fait sien cette expérience qui lui donne la légitimité de prendre une position différente, qui n'est pas celle de l'enfant soumis aux soins, mais celle de celui qui «sait aussi ce qui va se passer», en lui permettant même d'informer l'autre parent ou un membre de sa famille, et pourquoi pas un collègue de classe.

Accompagner le vécu de l'hospitalisation. Le vécu de l'hospitalisation ou de certains examens sont empreints d'anxiété pour laquelle il est démontré depuis longtemps qu'elle interfère de façon négative dans la mise en place d'un soin, dans l'adhésion au traitement, dans la récupération post soin ou postopératoire. Non traitée, elle est à long terme à l'origine de comportements anxieux qui se donnent à voir à domicile, durant les nuits, les rêves et contaminent pour les représentations des soins, de l'hôpital, de l'équipe, risquant alors de compromettre les conditions des soins futurs.

Participer, c'est apprendre, c'est ainsi que l'on pourrait donner à percevoir l'importance pour l'enfant de jouer son rôle dans une organisation prévue, pensée et gérée par des adultes alors qu'il s'agit du corps de l'enfant. Favoriser l'interactivité requiert une certaine anticipation. Mais elle permet à l'enfant de comprendre, à sa mesure et à son rythme ce qui se joue dans le moment. C'est tout l'enjeu de l'empowerment qui n'est pas réservé à l'adulte. Cependant, chez les enfants, il s'appuie sur d'autres modalités de communication, comme celle par exemple de l'information par le jeu.

Mon corps, c'est mon corps ! Etre attentif à la pudeur de l'enfant et de l'adolescent. L'enfant appréhende son corps par tant par ses sensations internes (de plaisir et de déplaisir) que par son enveloppe, sa peau et plus largement son corps dans son entièreté. Le sentiment d'être soi, d'être respecté, d'être reconnu, passe alors aussi par la considération pour son corps et mais aussi sa pudeur.

Travailler à la construction de l'alliance thérapeutique est alors un enjeu important non seulement pour le moment de l'examen mais aussi pour la suite dans la relation parent- enfant autour du vécu à l'hôpital. Intégrer la présence des parents est aujourd'hui reconnu comme une plus-value dans les soins, pour autant que le parent perçoive le rôle qu'il peut jouer dans un univers médical, technique qui s'impose à lui. Alors plutôt que de passer son temps à mesurer le transfert de l'anxiété parentale sur l'enfant au moment des soins, nous avons pensé qu'il est plus intéressant de construire cette alliance avant les soins, et mesurer les nouvelles capacités de ressources dans le soutien qu'il peut apporter envers son enfant.

Informé l'enfant, c'est informer les parents. C'est en informant l'enfant, que le parent, spectateur dans un premier temps de l'apprentissage de l'enfant, intègre les informations sans être sous le joug de la relation avec le soignant. Les informations sont simples et en 3 dimensions, le support visuel aide autant le parent que l'enfant à se représenter la situation. La proposition des 3 modules successifs permet alors aux parents de se départir de ses propres craintes (mon enfant n'y arrivera pas, je le connais) et faire confiance aux ressources que l'enfant démontre en séance. Informé sans avoir eu l'impression de fournir un effort d'attention ou de mémoire, il est dès lors porteur et relais de l'information au retour à domicile. Il est lui-même informé de son rôle pendant l'examen pour l'avoir vu et expérimenté dans la clinique En-Jeu.

Inscrire le dispositif d'information dans l'organisation du travail : l'organisation du travail est rythmée par les horaires, les budgets et les impératifs qui bien souvent n'ont pas inclus le temps nécessaire à l'enfant de s'adapter à la situation d'examen ou de soin. Inscrire la pratique de l'information par le jeu dans une organisation exige une préoccupation permanente, des protocoles et des collaborations avec les équipes qui soutiennent le projet, en y saisissant le sens et les bénéfices. Un projet comme celui-là demande alors des années pour se développer en profondeur et devenir une modalité de pratiques de soin offerte à **tous** les enfants.

La Clinique En-Jeu, préparation des enfants aux examens d'imagerie médicale. Bénédicte Minguet et Marie Fafchamps, CHC, 2017

Une aire transitionnelle

D'un point de vue psychologique, nous pourrions dire que la clinique En-Jeu fonctionne comme une aire transitionnelle qui facilite les nouveaux apprentissages tout en bénéficiant des conditions de réassurance nécessaires à l'enfant pour s'aventurer dans la découverte d'une situation appréhendée avec angoisse dans un premier temps. C'est ainsi que l'enfant avancera, à son rythme et de façon multisensorielle dans la connaissance d'une situation nouvelle.

Que ce soit pour l'IRM pour laquelle les conditions de passation peuvent paraître effrayantes et pour lesquelles nous recherchons sa participation active pour éviter l'anesthésie, ou pour l'examen de cystographie qui vient contredire les acquis d'un apprentissage lié à la propreté, et à la pudeur (ne pas se montrer nu devant un adulte que l'on ne connaît pas), la préparation est un moment d'intégration et d'acceptation des nouvelles consignes. Intégrer la finalité du soin prend un temps certain, autant pour l'enfant que pour le parent. C'est à ce moment que la mise en place de l'alliance thérapeutique peut faire contrepoids à la culpabilité de donner à vivre à son enfant une situation extrêmement désagréable.

Conclusion

Nous pensons qu'il est important de ne pas juger des capacités « à faire face » au moment où les personnes sont fragilisées par leur peur et désorientées par leurs représentations erronées. Il est préférable de miser sur la prévention et donc sur une préparation de **tous** les enfants.

Pour soutenir les processus de résilience chez l'enfant, nous l'aidons à s'appuyer sur le dispositif qui active ses ressources, que ce soit pour un premier examen, ou dans l'après crise dans le but de parer à l'éventuel développement de comportements phobiques.

Inscrire un dispositif tel que la clinique En-Jeu dans un hôpital, qui travaille et prépare à distance des soins, propose de nouvelles opportunités de donner aux enfants et aux adolescents plus de chance de se préparer soit par un passage unique ou par un passage répété à la Clinique En-Jeu.

Chez l'adulte, l'approche multisensorielle est tout bénéfique pour intégrer l'information et travailler activement l'empowerment tout comme l'alliance thérapeutique.

Une belle qualité d'image, de meilleures conditions de travail, les professionnels y trouvent leurs avantages. Mais au-delà d'un évitement de l'anesthésie, et de la familiarisation aux conditions de passation, c'est l'estime de l'enfant, ses ressources, la dynamique avec le parent autour du corps en souffrance qui sont abordées, quelles que soient les spécificités de l'enfant, accueillies avec leur potentiel et leurs limites.

La spécificité de la Clinique En-Jeu exige cependant une mise en place du projet sur un long terme tant le partenariat avec les équipes renforce son action dans un fil conducteur visible aux yeux des enfants et des familles. Ce fil conducteur leur renvoie alors l'image d'un corps ré-uni, intègre et respecté.

Bibliographie

Brewer, S, Shannon, L, Dorothy.S., Mary,E .& Heidi,W. (2006). Pediatric anxiety : Child Life Intervention in Day Surgery. *Journal of pediatric Nursing*, 21, 13-22. doi: 10.1016/j.pedn.2005.06.004

La Clinique En-Jeu, préparation des enfants aux examens d'imagerie médicale. Bénédicte Minguet et Marie Fafchamps, CHC, 2017

Fincher, W., Shaw, J. & Ramelet, A-S. (2012).The effectiveness of a standardized preoperative preparation in reducing child and parent anxiety: a single blind randomized controlled trial. *Journal of clinical Nursing*, 21, 946-955. doi : 10.1111:j.1365-2702;2011.03973;X

He, H-G., Zhu,L. Wai Chi Chan,S., Klainin-Yobas, P & Wong, W. (2015). The effectiveness of therapeutic play intervention in reducing preoperative anxiety, negative behaviors and postoperative pain in children undergoing elective surgery : a systematic review. *Pain Management Nursing*, 16, 425-439. doi: 10.1016/j.pmn.2014.08.011.

Hilly, J., Horlin, A_L., Kin,derf,J. Ghez,C, Mennath,S., Delivet,H,H,...& Dahmanni,S. (2015). Preoperative preparation workshop reduces postoperative maladaptive behavior in children. *Pediatric Anesthesia*, 25, 990-998. doi : 10.1111:pan.12701.

Galland, F.& Minguet, B. (2005), Informer par le jeu. www.sparadrap.org

Kassal, & al. Introduction of a paediatric anaesthesia comic information leaflet reduced preoperative anxiety in children *BJA: British Journal of Anaesthesia*, Volume 117, Issue 1, 1 July 2016, Pages 95–102,

Krauss, B.S., Krauss, B.A., & Green,S. (2016). Managingprocedural anxiety in children. *The New England Journal of Medicine*, 374;e-19. doi : 10.1056:NEJMvcm1411127.

Minguet, B. (2009). Humanisation des milieux pédiatriques. Enjeux, méthodes et limites. Thèse de doctorat, ULG.

Minguet, B. (2014). Le jeu, outil essentiel pour informer l'enfant et sa famille. Les cahiers de la puéricultrice. N°275. pp12-15.

Minguet, B (2014). Se former pour intégrer le jeu dans les soins. Les cahiers de la puéricultrice. N°275. pp16, 17

Totman, S.,Gonen,A.,Vodonor,A.,Novack,V.,& Shelef,I. (2016). Does preparation of children before MRI reduce the need of anesthesia? Prospective randomized control trial. *Pediatric. Radiol*, 46, 1599-1605. doi : 10.1007:s00247-016-3651-6.