

## Utilisation de la contention lors des soins douloureux chez l'enfant

**Bénédicte Lombart<sup>1</sup>, Dr Daniel Annequin<sup>2</sup>, Patricia Cimerman<sup>3</sup>,  
Patricia Martret<sup>4</sup>, Dr Anne-Cécile Chary-Tardy<sup>5</sup>,  
Dr Barbara Tourniaire<sup>6</sup>, Dr Michel Galinski<sup>7</sup>**

<sup>1</sup> Cadre de santé, unité fonctionnelle de lutte contre la douleur

<sup>2</sup> Anesthésiste, responsable de l'unité fonctionnelle de lutte contre la douleur

<sup>3</sup> Infirmière recherche clinique, Centre national de ressources de lutte contre la douleur

<sup>4</sup> Infirmière anesthésiste, unité fonctionnelle de lutte contre la douleur

<sup>5</sup> Chef de clinique assistante, service de pédiatrie, CHU de Dijon

<sup>6</sup> Pédiatre, unité fonctionnelle de lutte contre la douleur

<sup>7</sup> Anesthésiste, Centre national de ressources de lutte contre la douleur  
Hôpital d'enfants Armand Trousseau (AP-HP), Paris

Le Comité de lutte contre la douleur (CLUD) de l'hôpital Trousseau, impliqué depuis plus de 20 ans dans l'amélioration de la prise en charge de la douleur provoquée par les soins a débuté en 2009 une démarche d'identification et d'évaluation des situations où les moyens antalgiques habituels sont inefficaces.

Cette pratique du « passage en force » infligé aux enfants « pour leur bien » est encore régulièrement observée : sous prétexte de soins, d'actes « qui ne peuvent pas attendre », bien des violences sont commises sur les enfants. Tous les ingrédients (violence, terreur, douleur) sont réunis pour fabriquer un traumatisme psychique et générer, chez certains, des phobies majeures vis-à-vis des soins, des soignants. Au final, beaucoup de perdants car ces pratiques provoquent également d'autres dégâts : chez les soignants (sentiment de disqualification professionnelle) et chez les parents (culpabilité de ne pouvoir rien faire).

### Audit 2009 réalisé à l'hôpital Trousseau sur l'utilisation de la contention [1]

Cette étude prospective a été menée durant 5 jours consécutifs, les soignants ont réalisé une cotation de la contention selon une échelle de 5 niveaux sur l'ensemble des soins.

Niveau 0 = pas de contention, l'enfant est calme et détendu.

Niveau 1 = « contention douce » : une partie du corps de l'enfant est juste maintenue (par une personne) sans réaction de retrait de l'enfant.

Niveau 2 = « contention moyenne » : une ou plusieurs parties du corps de l'enfant sont maintenues (par une personne) avec réaction de retrait de l'enfant.

Niveau 3 = « contention forte » : une ou plusieurs parties du corps de l'enfant sont maintenues fermement (par plusieurs personnes), l'enfant proteste, crie, pleure.

Niveau 4 = « contention très forte » : une ou plusieurs parties du corps de l'enfant sont maintenues (par plusieurs personnes) avec réaction de retrait, agitation importante de l'enfant, se débat fortement malgré la contention.

#### Résultats

Huit unités de soins ont participé à cet audit qui a concerné 296 gestes chez 212 enfants. Quarante-deux pour cent des soins étaient des ponctions veineuses ou poses de cathéter court, 17 % de ponctions capillaires, 10 % de pansements, 6 % d'aspirations rhinopharyngées et 5 % de ponctions lombaires.

- Vingt-huit pour cent de ces gestes avaient un niveau entre « 2 » et « 4 »
- **Neuf pour cent des gestes ont nécessité une contention forte ou très forte (niveaux 3 et 4).**
- Les enfants de moins de 2 ans présentaient un risque majoré de contention.
- Pour 66 % des enfants ayant eu une contention importante, on note un déficit d'analgésie (un seul moyen antalgique utilisé voir aucun).
- Le soin qui se « déroulait mal » n'a quasiment jamais été arrêté.

L'utilisation de la contention apparaît un très bon indicateur de ces situations à risque car en l'absence de couverture antalgique, l'enfant est immobilisé de force pour réaliser l'acte, le soin douloureux [2-5].

L'utilisation de la force, de la contrainte physique, de la contention en pratique médicale est un sujet récent de préoccupation pour les professionnels. Chez l'enfant, plusieurs secteurs sont confrontés à ce type de pratique : les services d'urgence [4, 6], les échecs du MEOPA [7], les soins intensifs, les examens, les actes ORL, les soins dentaires, les actes douloureux répétés (pansements, effractions cutanées, etc.). L'induction d'une anesthésie générale a donné lieu une réflexion approfondie [8-11]. Jenny Thomas (anesthésiste) s'est interrogée dans un éditorial sur la frontière entre maltraitance et contrainte physique [11]. Les infirmières se sont questionnées les premières sur la légitimité, l'éthique, le cadre légal de l'utilisation de la contention [12-14], une enquête réalisée auprès d'infirmières turques [15] montre qu'elle est utilisée fréquemment et peut générer des complications pour l'enfant.

Aucune publication n'avait jusqu'à présent étudié directement la réalité de ces pratiques. L'équipe de Frantz Babl, urgentiste pédiatrique à Melbourne et également largement impliquée dans la prise en charge de la douleur de l'enfant [16-19], a publié en mai 2011 la première étude sur l'utilisation de la contention lors des soins douloureux chez les enfants de moins de 4 ans dans un service d'urgences pédiatriques australien [5].

### Utilisation de la contention lors des soins douloureux chez les enfants de moins de 4 ans dans un service d'urgences pédiatrique australien

#### **Objectif**

Préciser la fréquence et la nature de la contention utilisée lors des soins dans un service d'urgence pédiatrique.

#### **Méthodologie**

Un enregistrement vidéo a été réalisé pour évaluer le type de contention et le degré de force utilisés lors de quatre types de soin : pose de perfusions (PP), de sonde gastrique (SG), d'un masque d'inhalation (Salbutamol<sup>®</sup>) (MI), d'un capteur d'oxymètre (CO).

#### **Résultats**

Cette étude a inclus 124 enfants.

Les techniques de distraction (vidéo, TV, etc.) étaient utilisées dans 76 % des PP.

Les parents étaient présents dans 93 % des cas.

La contention a été utilisée dans 71 % des cas :

- 100 % des SG et PP ;
- 62 % des MI et 18 % des CO.

Concernant le degré de force (coté de 1 à 4) :

- 79 % des SG comportaient un niveau 2 et 4 ;
- 48 % des PP comportaient un niveau 2 et 4 (malgré l'utilisation de crème anesthésiante chez 99 % des enfants) ;
- 11 % de l'ensemble des actes comportaient un niveau 4.

## Méthode

Cette seconde étude prospective a été menée durant 5 jours consécutifs dans les unités de soins de l'hôpital Trousseau. Les soignants ont réalisé une cotation de la contention (avec l'échelle de 5 niveaux utilisée en 2009) sur l'ensemble des soins.

Il était demandé aux soignants de préciser la nature du soin, l'antalgique administré, le délai d'administration, si le MEOPA était proposé, si le masque avait été accepté d'emblée, si les parents étaient présents, si le soin avait été arrêté, et de coter l'intensité de la douleur (de 0 à 10).

## Résultats préliminaires

Vingt-quatre services de l'hôpital ont participé de mai à juillet 2011. Ces services ont été regroupés en 6 catégories (médecine, chirurgie, rééducation, réanimation, radiologie et urgences).

### ***Caractéristiques des patients***

Ont été inclus 599 enfants, l'âge médian était de 3 ans ; 52 % étaient des garçons.

### ***Caractéristiques des gestes***

Le nombre de gestes réalisés était de 1 037.

La mesure du niveau de contention a été effectuée lors de 963 gestes (93 %).

Les niveaux de contention ont été classés en deux groupes (tableau 1) :

- G1 contention faible (niveaux « 0 », « 1 », « 2 ») ;
- et G2 contention forte (niveaux « 3 » et « 4 »).

**Tableau 1** : Caractéristiques des patients et des gestes pour les deux groupes de contention

	Contention faible G1 n = 883	Contention forte G2 n = 80
<b>Sexe</b>		
Filles	404 (92,7 %)	32 (7,3 %)
Garçons	453 (91,7 %)	41 (8,3)
<b>Âge</b>		
Médiane (IQ <sup>1</sup> )	2,5 ans (0,8-8,12)	1,5 an (1-3)
< 28 jours, n (%)	94 (96,9 %)	3 (3,1 %)
1 mois – 1 an, n (%)	160 (89,4 %)	19 (10,6 %)
1-4 ans, n (%)	285 (85,6%)	48 (14,4 %)
> 4 ans, n (%)	334 (97,1%)	10 (2,9 %)
<b>Services concernés, n (%)</b>		
Médecine (n = 271)	260 (95,9%)	11 (4,1%)
Chirurgie (n = 317)	283 (89,3%)	34 (10,7%)
Rééducation (n = 123)	111 (90,2%)	12 (9,8%)
Réanimation, USC (n = 147)	142 (96,6%)	5 (3,4%)
Urgences (n = 35)	29 ( 82,9%)	6 (17,1%)
Radiologie (n =70)	58 (82,9%)	12 (17,1%)
<b>Types de gestes, n (%)</b>		
Effractions cutanées <sup>2</sup> (n = 379)	351(92,6%)	28 (7,4%)
Pansements (n = 218)	208 (95,4%)	10 (4,6%)
Sondes (pose, retrait, aspiration) (n = 148)	131(88,5%)	17 (11,5%)
Actes de kinésithérapie (n = 84)	79 (94,1%)	5 (5,9%)
« Autres gestes » <sup>3</sup> (n = 98)	86 (87,8%)	12 (12,2%)
Chirurgie mineure <sup>4</sup> (n =36)	28 (77,8%)	8 (22,2%)
<b>Présence des parents (n = 935), n (%)</b>	528 (88,8%)	66 (11,2%)
<b>Moyens médicamenteux, n (%)</b>	340 (93,4 %)	24 (6,6 %)
MEOPA	184	27
Morphine	77	7
Emla®	135	10
Solutions sucrées	98	5
<b>Évaluation douleur soignant de 0 à 10, médiane, IQ<sup>1</sup></b>	1 (0-2)	4 (1,5-6)

<sup>1</sup> Intervalle interquartile.

<sup>2</sup> Ponctions veineuses, poses de voies veineuses, prélèvements capillaires.

<sup>3</sup> Retraits d'adhésifs, soins de nursing, examen clinique.

<sup>4</sup> Chirurgie mineure = ablation fils, agrafes, corps étrangers.

En analyse multivariée, la contention forte est significativement associée à l'âge de l'enfant. Il n'est pas surprenant de constater que les plus jeunes sont les plus exposés à une contention forte. Les enfants de 1 mois à un an ont 4,3 fois plus de risque (OR 4,3 [1,9-10,1] p = 0,001) ; les plus petits auront plus facilement des niveaux faibles de contention car leur petite taille ne nécessite pas des niveaux forts.

Les enfants de 1 an à 4 ans ont 6,2 fois plus de risque (OR 6,2 [2,9-13,1] p = 0,0001) comparés aux enfants de plus de 4 ans.

Certains services apparaissent plus exposés au risque de contention : urgences, radiologie, etc.

À 12 reprises, le geste a été interrompu.

## Discussion

La prévalence des contentions fortes est de 8,3 % [IC 95 % : 6,6-10,0] Ce chiffre reflète probablement une partie de la réalité car l'exhaustivité du recueil des gestes est incomplète. L'autoévaluation par le soignant du niveau de contention peut contribuer à minorer les chiffres concernant des pratiques peu « glorieuses ».

Paradoxalement, l'utilisation de moyens médicamenteux, la présence des parents ne semblent pas modifier le risque de contention forte. Plusieurs hypothèses peuvent expliquer ces résultats : la détresse majeure de ces jeunes enfants pour lesquels les moyens antalgiques « habituels » sont insuffisants. Une meilleure utilisation de stratégies de distraction, d'hypnoanalgésie devrait permettre de renforcer l'action des moyens médicamenteux. Une meilleure préparation des enfants (jouer avec le masque du MEOPA, explications sur ce qui va se passer...) pourrait également augmenter le taux de réussite. Le recours à des moyens plus puissants (kétamine...) pourrait être une alternative efficace.

## Conclusion

Il serait illusoire de laisser croire que tous les soins, tous les actes puissent se dérouler sans jamais recourir à une contention mais il est clair que nombre de ces actes pourraient se faire beaucoup plus « pacifiquement » moyennant une réflexion, la mise en place d'objectifs précis (la contention représente un échec, elle ne peut être employée que de façon exceptionnelle après avoir utilisé plusieurs moyens antalgiques...) et la réalisation de ce type d'audit.

Depuis 2009, il existe en France des recommandations officielles sur la prise en charge de la douleur de l'enfant [7] : les situations cliniques, les posologies médicamenteuses y sont clairement identifiées.

La non-utilisation de moyen antalgique peut maintenant engager la responsabilité des soignants et/ou des établissements de soin comme l'atteste une jurisprudence récente [20] : un établissement hospitalier a été condamné pour ne pas avoir utilisé de moyens antalgiques chez un patient.

La mise en perspective de ces éléments peut parfaitement faire évoquer des pratiques « maltraitantes » [21] pour des structures, des services, des professionnels qui n'auront pas actualisé leurs connaissances, leurs pratiques pour mieux contrôler la douleur provoquée par les soins.

Ce travail confirme qu'il est possible de réaliser ce type d'étude décrivant la réalité des conditions de contention, les résultats constituent de profonds leviers de changement pour améliorer les pratiques.

## Références

- [1] Lombart B, Annequin D, Cimerman P *et al.* Prevalence of physical restraint in children for procedural pain. 13<sup>e</sup> Congrès IASP (*International Association For Study of Pain*), Montréal, 2010 (Abstract).
- [2] Scottish Intercollegiate Guideline Network. *Safe sedation of children undergoing diagnostic and therapeutic procedures. A national clinical guideline.* 2004.
- [3] Royal College of Nursing. *Restraining, holding still and containing children : guidance for good practice.* London ; 1999.
- [4] Loryman B, Davies F, Chavada G, Coats T. Consigning « brutacaine » to history : a survey of pharmacological techniques to facilitate painful procedures in children in emergency departments in the UK. *Emerg Med J* 2006 ; 23 (11) : 838-40.
- [5] Crellin D, Babl FE, Sullivan TP, Chet *al.* Procedural restraint use in preverbal and early-verbal children. *Pediatr Emerg Care* 2011 ; 27 (7) : 622-7.
- [6] Bengier J. « Brutacaine » vanquished, but pain remains. *Emerg Med J* 2006 ; 23 (11) : 823.
- [7] Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé Afssaps. *Prise en charge médicamenteuse de la douleur aiguë et chronique chez l'enfant.* Recommandations de bonne pratique, 2009.

- [8] Mion LC. Physical Restraint in Critical Care Settings : Will They Go Away ? *Geriatric Nursing* 2011 ; 29 (6) : 421-3.
- [9] Przybylo HJ, Tarbell SE, Stevenson GW. Mask fear in children presenting for anesthesia : aversion, phobia, or both ? *Paediatr Anaesth* 2005 ; 15 (5) : 366-70.
- [10] Christiansen E, Chambers N. Induction of anesthesia in a combative child ; management and issues. *Paediatr Anaesth* 2005 ; 15 (5) : 421-5.
- [11] Thomas J. Brute force or gentle persuasion ? *Paediatr Anaesth* 2005 ; 15 (5) : 355-7.
- [12] Robinson S, Collier J. Holding children still for procedures. *Paediatr Nurs* 1997 ; 9 (4) : 12-4.
- [13] Bland M, Bridge C, Cooper M *et al.* Procedural restraint in children's nursing : using clinical benchmarks. *Prof Nurse* 2002 ; 17 (12) : 712-5.
- [14] Tomlinson D. Physical restraint during procedures : issues and implications for practice. *J Pediatr Oncol Nurs* 2004 ; 21 (5) : 258-63.
- [15] Demir A. The use of physical restraints on children : practices and attitudes of paediatric nurses in Turkey. *Int Nurs Rev* 2007 ; 54 (4) : 367-74.
- [16] Babl FE, Belousoff J, Deasy C *et al.* Paediatric procedural sedation based on nitrous oxide and ketamine : sedation registry data from Australia. *Emerg Med J* 2010 ; 27 (8) : 607-12.
- [17] Crellin D, Ling RX, Babl FE. Does the standard intravenous solution of fentanyl (50 microg/mL) administered intranasally have analgesic efficacy ? *Emerg Med Australas* 2010 ; 22 (1) : 62-7.
- [18] Babl FE, Oakley E, Seaman C *et al.* High-concentration nitrous oxide for procedural sedation in children : adverse events and depth of sedation. *Pediatrics* 2008 ; 121 (3) : e528-e532.
- [19] Priestley S, Babl FE, Krieser D *et al.* Evaluation of the impact of a paediatric procedural sedation credentialing programme on quality of care. *Emerg Med Australas* 2006 ; 18 (5-6) : 498-504.
- [20] Lelievre N. Absence de prise en charge de la douleur et responsabilité d'un centre hospitalier. *Douleurs* 2008 ; 8 (6) : 342-4.
- [21] Annequin D. Comment diminuer la contention pour les gestes douloureux et éviter la maltraitance ? *Pédiatrie Pratique* 2011 ; 1 (228) : 4-5.