

Éviter la contention lors des soins : facile à dire !

Étude qualitative de la contention lors des soins en pédiatrie, réalisée dans le cadre d'une thèse de philosophie pratique

**Bénédicte Lombart¹, Carla De Stefano², Dr Michel Galinski³,
Patricia Cimerman⁴, Odile Perrin⁴, Didier Dupont⁵, Leila Ladji⁵,
Pr Daniel Annequin⁷**

¹ Doctorante en philosophie pratique et en éthique hospitalière, cadre de santé – hôpital Trousseau, Universités Paris 6, Paris Est, Espaces Éthiques et politiques – Institut Hannah Arendt, HA 2548 & Largotec

² Psychologue clinicienne, service des urgences – SAMU 93, hôpital Avicenne, Université Paris 13, Bobigny

³ Anesthésiste, département d'anesthésie-réanimation, hôpital Jean Verdier, Bondy, Université Paris Seine-Saint-Denis

⁴ CNRD, hôpital d'enfants A. Trousseau, Université Paris 6, Paris

⁵ Chercheur en sciences humaines et sociales, Montréal, Canada

⁶ Psychologue sociale, I2CF, Paris

⁷ Anesthésiste, responsable de l'unité fonctionnelle de lutte contre la douleur, hôpital d'enfants A. Trousseau, Université Paris 6, Paris

Préambule

Depuis 2009 le CLUD¹, assisté de l'équipe de l'unité fonctionnelle de lutte contre la douleur de l'hôpital Armand Trousseau et en partenariat avec le CNRD², a engagé une réflexion sur le thème de l'usage de la contention lors des soins. Une première étude de faisabilité réalisée en 2009 avait montré qu'il était possible d'évaluer la fréquence de la contention forte [1], à la suite de laquelle une étude menée en 2011 sur un millier de gestes avait montré que 13,8 % d'entre eux étaient réalisés avec une contention forte³.

Au-delà de la problématique de la fréquence de la contention, l'usage de contrainte physique en pédiatrie questionne l'éthique des soins.

Nous avons cherché à interroger cette problématique du point de vue des soignants pour comprendre comment l'usage de la contention lors d'un soin en pédiatrie pouvait se transformer en un usage illégitime de la force.

L'étude qualitative de type ethnographique présentée s'inscrit dans un travail de thèse en philosophie pratique et éthique hospitalière⁴. Cette enquête exploratoire permet d'approfondir la réflexion philosophique en cours.

¹ Comité de lutte contre la douleur.

² Centre national de ressources de lutte contre la douleur.

³ Les résultats de cette étude sont en cours de soumission, ce qui ne permet pas d'en donner la référence bibliographique.

⁴ Financement AP-HP formation doctorale d'infirmière.

Mémento – Qu'est-ce qu'une recherche qualitative ? [2]

En matière de recherche on peut distinguer deux grands types de méthodes : le quantitatif et le qualitatif.

Le quantitatif correspond à l'ensemble des méthodes qui explorent une situation en objectivant des indicateurs ou des variables chiffrés à partir de données mesurables. La recherche qualitative vise à comprendre le sens, l'expérience et les perceptions en lien avec une situation particulière. Elle peut aussi étudier un processus d'interactions sociales entre les personnes impliquées. La recherche qualitative vise à comprendre un phénomène et non à le mesurer.

Il existe plusieurs méthodes qualitatives (*case study*, phénoménologique, *grounded theory* et ethnographique). La méthode ethnographique cherche à comprendre les comportements humains selon le point de vue d'une population choisie. Ce qui permet d'avoir accès à des croyances, à des attitudes et des pratiques correspondant à certains phénomènes.

Étude RESPECT (Réflexion éthique soignante prévention contention)

L'objectif de cette étude était d'explorer la manière dont les soignants parlent de la contention forte lors des soins en pédiatrie.

Méthode

L'exploration de la problématique de la contention s'est faite à partir du recueil de la parole de professionnels paramédicaux pédiatriques, par le biais de *focus groups*.

L'accord institutionnel a été obtenu par écrit auprès des directions de soins dans chacun des établissements retenus, ainsi qu'auprès des cadres de santé, responsables de chaque service de soins. L'accord écrit des participants a systématiquement été recueilli. Une lettre d'information concernant le déroulement du *focus group* a été remise au préalable aux participants par l'intermédiaire des cadres responsables de chaque structure concernée par l'étude.

Le choix des secteurs de soins pour réaliser l'enquête a été déterminé au regard des variables influençant la pratique de la contention retrouvées dans la littérature [3, 4] : l'âge des enfants (1-5 ans), la nature des soins (VVP, introduction de sonde, etc.) et la spécialité du service (urgences). L'inclusion d'hôpitaux universitaires et d'hôpitaux généraux a permis de documenter différentes cultures hospitalières.

Le chercheur principal de l'étude était infirmière, cadre de santé spécialisée en « douleur de l'enfant », exerçant une activité transversale dans un hôpital universitaire pédiatrique dans une équipe de prise en charge de la douleur depuis 10 ans. Ce chercheur a assisté à l'ensemble des réunions, l'animation a été assurée par une psychologue sociale formée à l'animation de *focus groups*. L'échantillonnage était composé d'infirmières, de puéricultrices, d'aides-soignants, d'auxiliaires de puériculture, d'un kinésithérapeute, d'une éducatrice pour jeunes enfants. Ces participants étaient retenus en raison de leur implication dans les soins quotidiens. La distribution des âges et de l'expérience professionnelle des participants était intentionnelle dans un but de représentativité de l'échantillonnage. Ces réunions ont fait l'objet d'un enregistrement audio et vidéo, ce dernier a été réalisé avec un champ large afin de saisir les interactions entre les participants.

Le sujet annoncé aux participants était « la réalisation des soins en pédiatrie » afin de préserver la

spontanéité de leur expression sur le thème de la contention.

La grille d'interview semi-directive a été rédigée collégialement avec plusieurs chercheurs issus des domaines des soins infirmiers, de la psychologie et de la sociologie. L'animation des débats au sein des *focus groups* s'est structurée de manière à recueillir dans un premier temps les perceptions générales des participants au sujet de leur rôle auprès des enfants, puis s'est orientée sur les difficultés rencontrées par les soignants, pour ensuite aborder directement la problématique de la contention par le biais du visionnage d'une vidéo⁵ où une sonde nasogastrique était posée sur un enfant de 3 ans avec de la contention forte.

Une psychologue clinicienne et un chercheur spécialiste en approche qualitative et du traitement des données par NVIVO ont participé à l'analyse des données.

Une retranscription intégrale des *focus groups* a été réalisée. Le visionnage des enregistrements vidéo des réunions a été effectué au préalable de l'encodage des verbatim. L'ensemble des données, verbatim et enregistrements vidéos, a été traité à l'aide du logiciel NVIVO 10 (QSR International, Ltd. 1999-2013). Les données verbatim des trois premières réunions ont fait l'objet d'un *double encodage*⁶ par deux chercheurs (chercheur principal et psychologue sociale). L'encodage des *focus groups* a fait ensuite l'objet d'une triangulation⁷ par les deux autres chercheurs (psychologue et chercheur données qualitatives). La saturation des données⁸ a été obtenue au 5^e *focus group*.

Les données ont été organisées en arbre analytique, celui-ci a fait l'objet d'une analyse thématique qui a abouti à un arbre thématique discuté et validé auprès de deux autres chercheurs.

Résultats

Cinq *focus groups*, avec au total 32 participants, ont été organisés entre mars 2013 et juin 2013, dans 4 centres hospitaliers dont un centre hospitalo-universitaire, dans des services de pédiatrie générale, chirurgie, et secteurs dédiés à l'accueil des urgences. La durée moyenne des réunions était de 90 min.

L'âge moyen des répondants était de 32 ans (23-63 ans).

L'analyse des premiers résultats nous permet de dégager les thèmes suivants :

- la pratique de la contention forte était considérée par l'ensemble des participants comme une difficulté fréquente en pédiatrie. Cette pratique était soit banalisée soit exceptionnelle selon les groupes interrogés ;
- les participants déploraient l'utilisation de la contention forte mais n'imaginaient pas tous des alternatives à celle-ci ;
- l'intérêt supérieur de l'enfant justifiait systématiquement l'usage de la force sans que l'aspect contradictoire ou éthique de celui-ci ne soit souvent relevé ;
- l'obligation de réaliser le soin était prioritaire dans la majorité des groupes et supplantait

⁵ Vidéo téléchargée à partir du site youtube <https://www.youtube.com/watch?v=1PXmAV3P-bk>.

⁶ Encodage : le discours des soignants est analysé puis rangé par catégorie, celle-ci décrit le thème abordé, ce qui est dit.

⁷ Triangulation de l'encodage : l'analyse du discours est réalisée par plusieurs chercheurs et la concordance des thèmes est vérifiée. La triangulation s'est aussi exercée lors de l'organisation des résultats (arbre thématique) qui permet une approche qui croise différents domaines (soins, psychologies, sciences sociales).

⁸ Saturation des données: lorsqu'il n'y a plus de nouveaux thèmes qui émergent même en ajoutant des interviews ou des *focus groups*.

le respect du refus de l'enfant. La priorité allait à l'exécution du soin. L'évocation du sujet déclenchait cependant toujours gêne, malaise et émotions ;

- les participants témoignaient d'une nécessaire occultation de l'enfant le temps de la contention forte.

L'empathie exprimée unanimement envers l'enfant lors de la description du travail des soignants était mise entre parenthèses dans le discours qui portait sur les situations de contention.

Discussion

La contradiction de la pratique de la contention forte avec la perception qu'avaient les soignants de leur rôle a fait apparaître un clivage déontologique entre l'exécution du soin et le respect de l'enfant.

La formation professionnelle, les procédures, recommandations ou un positionnement institutionnel précis sur le thème de la contention lors des soins ne sont jamais évoqués par les participants. L'absence de repères juridiques et institutionnels semble participer à une forme de banalisation de la contention forte.

L'influence du conformisme au groupe est également un élément qui semble jouer un rôle important dans le phénomène de la contention. Le poids des habitudes, la possibilité d'envisager des alternatives et la politique de service influencent les attitudes des soignants.

Face au conflit intérieur qui met en tension le devoir du soignant vis-à-vis du respect de l'enfant et l'obligation de faire le soin, le soignant se retrouve lui-même contraint. Il doit mettre entre parenthèses l'intersubjectivité qui le lie à l'enfant. La contention forte de l'enfant est un désaveu de la subjectivité de l'enfant mais aussi de celle du soignant qui la sacrifie comme il sacrifie son empathie afin de poursuivre le soin. Le malaise ressenti par les soignants est souligné par le recours à différentes justifications.

En dehors des méthodes pharmacologiques et non médicamenteuses (distraction et hypnoanalgésie) pour améliorer les soins, l'arrêt du soin lorsque l'agitation de l'enfant est incontrôlable représente le critère décisif dans le déroulement du soin.

Conclusion

La pratique de la contention forte était décrite comme une difficulté récurrente, source de souffrance pour les soignants. Le sujet n'était jamais questionné institutionnellement. Les habitudes et les conventions du groupe vis-à-vis de cette pratique étaient déterminantes dans le positionnement des répondants. L'exécution du soin semblait toujours prévaloir sur les réactions de l'enfant sauf dans un seul groupe où l'impulsion du cadre semblait déterminante dans ce choix.

La disparition de l'enfant du discours des soignants lors des situations de contention forte nous a conduits à proposer le concept de « cécité empathique transitoire ». L'exploration de ce concept ainsi que le développement de la notion de « stratification déontologique » pourraient participer à l'approche épistémologique des soins infirmiers en pédiatrie.

La problématique de la contention forte soulève des aspects éthiques et professionnels qui demandent à être questionnés institutionnellement. La restriction physique de l'enfant pendant le soin doit rester exceptionnelle. Le respect des recommandations et le recours à des alternatives à la contention forte doivent être généralisés.

Références

- [1] Lombart B, Annequin D, Cimerman P *et al.* Peut-on mesurer l'utilisation de la contention lors des soins douloureux en pédiatrie ? *Arch Pediatr* 2013 ; 20 : H202-3.
- [2] Sinuff T, Cook DJ, Giacomini M. How qualitative research can contribute to research in the intensive care unit. *J Crit Care* 2007 ; 22 (2) : 104-11.
- [3] Brenner M. Development of a factorial survey to explore restricting a child's movement for a clinical procedure. *Nurse Res* 2013 ; 21 : 40-8.
- [4] Crellin D, Babl FE, Sullivan TP *et al.* Procedural restraint use in preverbal and early-verbal children. *Pediatr Emerg Care* 2011 ; 27 (7) : 622-7.

Bibliographie

- Baxter A. Common office procedures and analgesia considerations. *Pediatr Clin North Am* 2013 ; 60 : 1163-83.
- Brenner M, Parahoo K, Taggart L. Restraint in children's nursing : Addressing the distress. *Journal of Children's and Young People's Nursing* 2007 ; 1 : 159-62.
- Brenner M. Child restraint in the acute setting of pediatric nursing : an extraordinarily stressful event. *Issues Compr Pediatr Nurs* 2007 ; 30 : 29-37.
- Brown JC, Klein EJ. The 'Superhero Cape Burrito': A Simple and Comfortable Method of Short-term Procedural Restraint. *J Emerg Med* 2011 ; 41 : 74-6.
- Coyne I, Scott P. Alternatives to restraining children for clinical procedures: Imelda Coyne and Paula Scott explore this controversial practice and the advice given in nursing policy. *Nurs Child Young People* 2014 ; 26 : 22-7.
- Darby C, Cardwell P. Restraint in the care of children : Colm Darby and Pauline Cardwell review different techniques to restrain and hold young people, and the legal and ethical issues they raise. *Emerg Nurse* 2011 ; 19:14-7.
- Duff AJ, Gaskell SL, Jacobs K *et al.* Management of distressing procedures in children and young people : time to adhere to the guidelines. *Arch Dis Child* 2012 ; 97 : 1-4.
- Eldridge C, Kennedy R. Nonpharmacologic techniques for distress reduction during emergency medical care : a review. *Clin Pediatr Emerg Med* 2010 ; 11 : 244-50.
- Elliott CH, Jay SM, Woody P. An observation scale for measuring children's distress during medical procedures. *J Pediatr Psychol* 1987 ; 12 : 543-51.
- Fein JA, Zempsky WT, Cravero JP *et al.* Relief of pain and anxiety in pediatric patients in emergency medical systems. *Pediatrics* 2012 ; 130 : e1391-405.
- Folkes K. Is restraint a form of abuse ? Kathryn Folkes questions nurses' acceptance of the routine use of restraint during clinical procedures. *Paediatr Care* 2005 ; 17 : 41-4.
- Graham P, Hardy M. The immobilisation and restraint of paediatric patients during plain film radiographic examinations. *Radiography* 2004 ; 10 (1) : 23-31.
- Hosey MT, Macpherson LMD, Adair P *et al.* Dental anxiety, distress at induction and postoperative morbidity in children undergoing tooth extraction using general anaesthesia. *Br Dent J* 2006 ; 200 : 39-43.
- Hull K, Clarke D. Restraining children for clinical procedures : a review of the issues. *Br J Nurs* 2010 ; 19 : 346-50.
- Jeffery K. Supportive holding or restraint : terminology and practice : Children's nurses should consider supportive holding and restraint as opposite ends of a continuum, but there is no policy that defines each procedure, says Karen Jeffery. *Paediatr Care* 2010 ; 22:24-8.
- Jeffery K. Therapeutic restraint of children : it must always be justified. *Paediatr Nurs* 2002 ; 14 : 20.
- Kangasniemi M, Papinaho O, Korhonen A. Nurses' perceptions of the use of restraint in pediatric somatic care. *Nurs Ethics* 2014 ; 21 (5) : 608-20.
- Kelly M, Jones S, Wilson V *et al.* How children's rights are constructed in family-centred care A review of the literature. *J Child Health Care* 2012 ; 16 : 190-205.
- Lambrenos K, McArthur E. Introducing a clinical holding policy : Physical restraint should be used rarely and children and staff protected by the implementation of specific policies, as Karina Lambrenos and Elizabeth McArthur explain. *Paediatr Care* 2003 ; 15 : 30-3.
- McGrath P, Forrester K, Fox-Young S *et al.* 'Holding the child down' for treatment in paediatric haematology : the ethical, legal and practice implications. *J Law Med* 2002 ; 10 : 84-96.
- Piira T, Sugiura T, Champion GD *et al.* The role of parental presence in the context of children's medical procedures : a systematic review. *Child Care Health Dev* 2005 ; 31 : 233-43.
- Przybylo HJ, Tarbell SE, Stevenson GW. Mask fear in children presenting for anesthesia : aversion, phobia, or both ? *Pediatr Anesth* 2005 ; 15 : 366-70.

- Riddell RP, Racine N, Turcotte K *et al.* Nonpharmacological management of procedural pain in infants and young children : An abridged Cochrane review. *Pain Res Manag J Can Pain Soc* 2011 ; 16 : 321.
- Robinson S, Collier J. Holding children still for procedures. *Paediatr Nurs* 1997 ; 9 : 12-4.
- Royal College of Nursing. Restraining, Holding Still and Containing Children and Young People. Guidance for Nursing Staff. RCN, London. 2003.
- Royal College of Nursing. *Restrictive Physical Intervention and Therapeutic Holding for Children and Young People : Guidance for Nursing Staff.* RCN, London. 2010.
- Selekman J, Snyder B. Nursing perceptions of using physical restraints on hospitalized children. *Pediatr Nurs* 1994 ; 21 : 460-4.
- Snyder BS. Preventing treatment interference : nurses' and parents' intervention strategies. *Pediatr Nurs* 2004 ; 30.
- Sury M, Bullock I, Rabar S *et al.* Sedation for diagnostic and therapeutic procedures in children and young people : summary of NICE guidance. *BMJ* 2010 ; 341 : c6819.
- The EACH Charter and the UN Convention on the Rights of the Child. Website EACH. 2006.
- The Royal Australasian College of Physicians. Guideline statement : management of procedure-related pain in children and adolescents. *J Paediatr Child Health* 2006 ; 42 Suppl 1 : S1-
- Thomas J. Brute force or gentle persuasion ? *Pediatr Anesth* 2005 ; 15 : 355-7.
- Valiente C, Eisenberg N, Smith CL *et al.* The relations of effortful control and reactive control to children's externalizing problems : A longitudinal assessment. *J Pers* 2003 ; 71 : 1171-96.