



HAL
open science

“ Mais pourquoi me retiens-tu ? ”

Marie Hébrard

► **To cite this version:**

Marie Hébrard. “ Mais pourquoi me retiens-tu ? ” . Sciences du Vivant [q-bio]. 2017. dumas-01688022

HAL Id: dumas-01688022

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01688022>

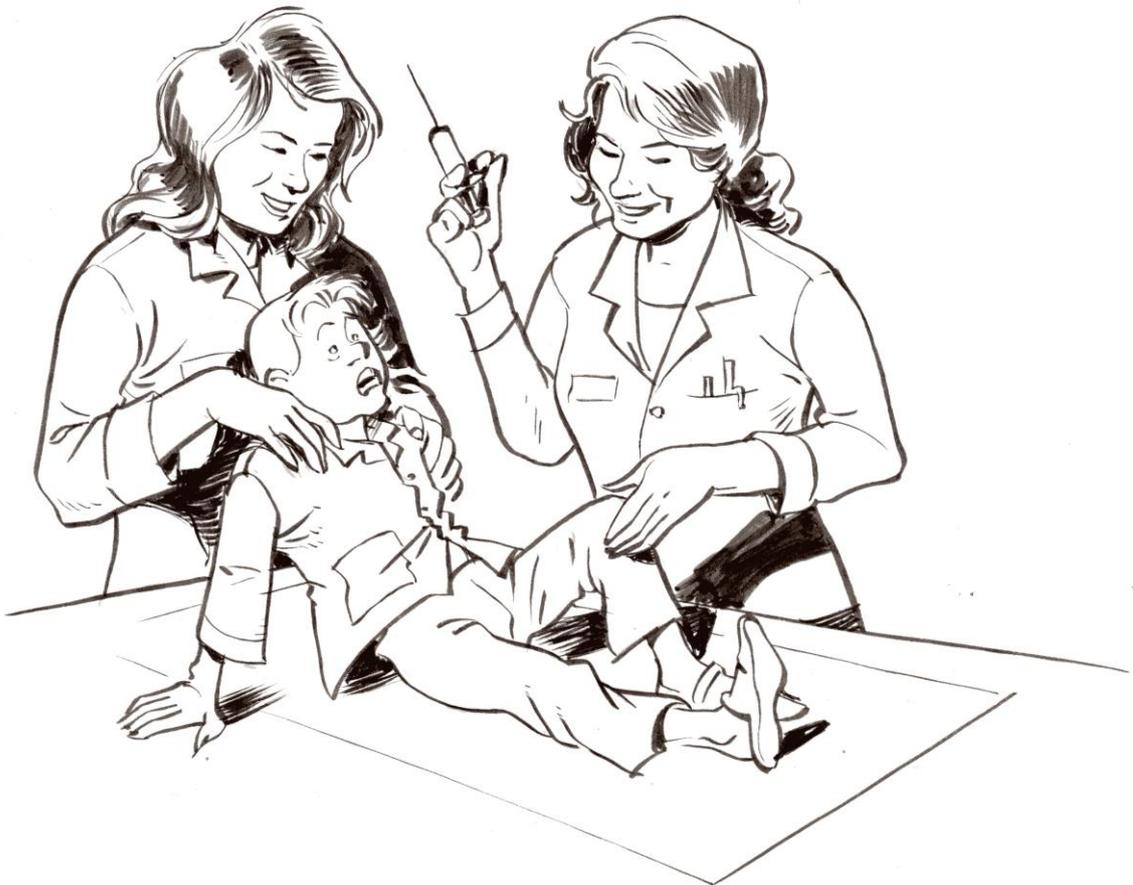
Submitted on 19 Jan 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Compétence 7 : Rechercher, traiter et produire des données professionnelles et scientifiques

« MAIS POURQUOI ME RETIENS-TU ? »



Sous la guidance de Mme Laugel

Date de remise : 6 novembre 2017

Date de soutenance : Décembre 2017

NOTE AUX LECTEURS :

« Il s'agit d'un travail personnel effectué dans le cadre d'une scolarité à l'Institut de Formation en santé (IFsanté). Il ne peut faire l'objet d'une publication en tout ou en partie sans l'accord de son auteur et de l'établissement ».

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier toutes les personnes qui ont contribué à l'élaboration de ce travail de fin d'études à savoir :

Mme Laugel, directrice de mémoire, qui a su me guider tout au long de ce projet professionnel en sachant me rappeler à l'ordre quand les idées fusaient et en m'apportant des réponses aux questions que je me posais.

Mme Cadou, directrice de l'IU2S, qui en lisant le début de mon travail a également su me guider dans ma recherche.

Claude, fidèle au poste, qui m'a été d'une grande aide dans la correction de ce travail de recherche.

Mon père, lui aussi fidèle au poste quand il s'agit d'élaborer la page de garde de mes différents travaux de recherche.

Je remercie Amélie, puéricultrice, qui m'a permis de tester ma grille d'entretien avant de pouvoir mener mes enquêtes.

Je remercie également les cadres de santé qui ont accepté que je vienne mener mes entretiens au sein de leur service.

Je remercie également les différents professionnels qui ont accepté d'être interrogé dans le cadre de ce travail en trouvant le moyen de s'organiser pour être entièrement disponible à l'entretien.

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	1
I. LE CADRE THÉORIQUE	8
1. LE CADRE CONTEXTUEL.....	8
A. L'ENFANT.....	8
a) Quand l'enfant, qui a traversé les siècles... ..	8
b) ... se développe.....	11
c) ... Et se retrouve à l'hôpital :	15
B. L'INFIRMIERE PUERICULTRICE	19
a) L'émergence d'une nouvelle infirmière :	19
b) La puéricultrice, une infirmière spécialisée :	21
c) Les valeurs et compétences relationnelles de l'infirmière puéricultrice :	22
2. LE CADRE CONCEPTUEL	29
A. « PRENDRE SOIN » DE L'ENFANT	29
B. LE « REFUS DE SOIN » DE L'ENFANT	32
C. RÉPONDRE PAR « LA CONTENTION »	34
a) L'émergence d'une pratique au sein de l'hôpital :	34
b) La contention physique dans le secteur de la psychiatrie et de la gériatrie	36
c) La contention physique dans le secteur de la pédiatrie	37
d) Une pratique en pédiatrie qui pose question	39
e) La puéricultrice et la « contention manuelle »	41
II. PROBLÉMATIQUE.....	43
III. LA MÉTHODE D'ENQUÊTE	44
1. CHOIX DE LA MÉTHODE	44
2. CHOIX DE LA POPULATION	44
3. CHOIX DU LIEU D'ENQUÊTE.....	45
4. MISE EN ŒUVRE.....	46
IV. ANALYSE DE L'ENQUÊTE.....	48
1. PRÉSENTATION DE L'ECHANTILLON.....	49
2. PRÉSENTATION DES RESULTATS	51
A. LE REFUS D'UN SOIN.....	55
a) Compétences techniques et relationnelles face au refus de soin.....	58
b) Que sont les compétences relationnelles ?	60
A. LE « PRENDRE SOIN ».....	63
a) « Prendre soin » quand l'enfant refuse	65
B. LA CONTENTION	67
a) La contention manuelle : à quel âge ?.....	71
b) Le vécu du soignant pendant la contention manuelle	72
c) Et après la contention manuelle ?	74
d) Compétences relationnelles et contention manuelle	76
V. SYNTHÈSE DE L'ANALYSE.....	78
CONCLUSION	80

INTRODUCTION

Avant d'obtenir mon Diplôme d'État Infirmier en juillet 2016, je me souviens avoir eu des difficultés à choisir un thème de mémoire. Il est vrai que des questions, je m'en suis posée tout au long de ma formation suite à des situations vécues en stage. J'ai finalement choisi de parler de l'utilisation de la musique lors d'un soin en pédiatrie comme distraction. Ce thème m'a permis de mettre en avant la prise en charge infirmière qui nécessite à la fois un savoir-théorique, un savoir-être et un savoir-faire.

Six mois plus tard, alors que je débute ma formation d'infirmière puéricultrice, me voilà confrontée aux mêmes difficultés : je dois faire un choix. Quel sujet de mémoire vais-je pouvoir aborder cette fois-ci ?

En y réfléchissant, une situation vécue deux mois plus tôt alors que je suis au Vietnam dans un orphelinat me vient à l'esprit. Partie comme volontaire, j'aide les nurses à s'occuper des enfants lors de la douche, des repas, des temps de sieste, des temps de jeu ou d'école. C'est une expérience incroyable. Cependant, je suis marquée par cet enfant handicapé, H, âgé de 8 ans, qui reste attaché toute la journée à une barrière. Les nurses justifient cet acte par le fait que cet enfant mord tout le temps les autres enfants handicapés ou les bébés, se déplace à quatre pattes et en profite pour « s'échapper » lorsqu'il n'est plus attaché. Il échappe ainsi à la surveillance, ce qui peut être dangereux pour lui. Je dois avouer que cette situation ne me laisse pas de marbre. Je constate que cette contention est mise en place pour préserver à la fois la sécurité de H mais aussi celle des enfants qui ne peuvent se défendre. Toutefois, cette situation met H dans une position de vulnérabilité face aux autres enfants qui en profitent pour venir l'embêter.

Suite à cette situation vécue à l'étranger, je me souviens alors de deux autres situations rencontrées dans un tout autre contexte lors de deux stages en soins infirmiers. Dans ces deux situations, l'enfant, par son comportement lors du soin, se retrouve contenu physiquement par les personnes qui l'entourent, soignants et parents. Ces deux situations confirment que l'enfant est un être vulnérable :

La première situation se déroule lors d'un stage de deuxième année dans un cabinet libéral. Ce jour-là, nous recevons une petite fille, P. âgée de 5 ans, accompagnée de sa maman, qui vient pour l'ablation de points de suture sur l'arrière de la tête. L'infirmier me propose de faire le soin. C'est la première fois que je prends en charge un enfant. Je demande à P de monter sur le lit de soins. P parle polonais. Elle ne comprend pas ce que je lui dis. Sa maman lui traduit alors ma demande en polonais. P refuse. Elle connaît le cabinet car elle est déjà venue une première fois pour le même motif. Elle sait donc ce qui l'attend. Sa maman la prend alors dans les bras et la pose sur le lit de soins. P se débat et s'accroche au cou de sa maman pour ne pas quitter ses bras. J'essaye de la calmer mais je me rends compte que la barrière de la langue ne me permet pas d'instaurer facilement une relation de confiance à ce moment-là. Voyant que j'ai du mal à commencer mon soin car P ne cesse de bouger, elle pleure et ne se calme pas, l'infirmier décide de prendre ma place et de me montrer comment il faut que je m'y prenne pour que P évite de bouger pendant le soin. Il m'explique la façon de bien lui tenir les membres tout en évitant de forcer pour ne pas lui faire mal. Ainsi, pendant que sa maman lui tient les bras et moi les jambes, l'infirmier lui maintient la tête tout en retirant les points de suture. Nous sommes donc à trois sur cette petite fille pour pouvoir faire le soin dans de bonnes conditions. Je remarque que maintenir P pendant le soin, permet à l'infirmier de se concentrer pour retirer les points de sutures et ainsi de ne pas faire d'erreurs ou de ne pas faire mal à P. Pendant le soin la maman de P lui chante des chansons en polonais pour tenter de la calmer. P ne se débat plus, elle gémit. L'infirmier n'hésite pas à lui dire qu'elle est très courageuse. A la fin du soin, quand tous les points de sutures sont retirés, P retrouve les bras de sa maman.

La deuxième situation se déroule aux urgences pédiatriques dans un box de chirurgie. Dans le box sont présents le patient âgé de 7 ans, sa maman, le médecin, et moi. Le patient qui s'est ouvert le front est pris en charge pour des points de suture. Le médecin me demande si je peux venir l'aider et si je peux tenir le MEOPA (mélange équimolaire oxygène protoxyde d'azote) lors de l'intervention. Le MEOPA est un gaz anxiolytique qui permet de diminuer la douleur et l'anxiété liée aux soins. Pendant le soin, l'enfant est allongé sur le lit. Sa maman lui tient la main et tente de le rassurer. Avant de commencer, le médecin lui explique ce qui va se passer. L'enfant est attentif. Cependant dès le moment où le médecin sort le kit de suture et prépare son soin, l'enfant se met à hurler et commence à se débattre. Il devient alors difficile pour moi de maintenir sa tête, du fait qu'il n'arrête pas de la bouger, et donc de positionner correctement le masque. Sa maman toujours présente pour le rassurer

tente de le calmer en lui chantant une chanson. Voyant que l'enfant a du mal à se calmer, le médecin décide d'appeler une autre infirmière pour qu'elle vienne nous aider. Elle lui demande de maintenir ses jambes et son bassin pour qu'il arrête de bouger. Elle demande également à la maman de bien tenir les bras de son enfant. Si le médecin nous demande de faire ça, c'est parce que le soin qu'elle fait est stérile et qu'il doit donc être fait dans de bonnes conditions : tenir l'enfant lui permet de ne pas faire d'erreur et de ne pas devoir interrompre son soin chaque fois que l'enfant bouge. Au fur et à mesure du soin, le médecin explique à l'enfant combien de points il lui reste à faire. Elle lui dit également qu'il est très courageux et que le soin se termine bientôt. L'enfant, ne bouge plus mais gémit. A la fin du soin, je lui explique de ne pas se lever tout de suite et d'attendre que les effets du MEOPA se dissipent. L'enfant retrouve son calme, pour lui le soin est terminé.

Au travers de chacune des situations vécues, je remarque que devant un enfant qui se débat, qui cherche à « échapper » au soin ou encore qui l'appréhende, la réponse donnée à sa détresse par les personnes qui l'entourent est celle du maintien physique. Là où les mots ne peuvent plus rien faire, les gestes de force parlent. Je constate que plus l'enfant résiste au soignant, plus le soignant limite les mouvements de l'enfant. En confrontant les deux situations vécues en stage, je me rends compte que l'enfant a été maintenu pour permettre au soignant de faire le soin dans de « bonnes conditions ». « Bonnes conditions » dans le sens où le soignant arrive à terminer son soin comme il l'a prévu. Par la suite, ce qui revient est également cette notion de « courage ». Lorsque le soignant arrive à obtenir cette « bonne condition » lors du soin, il n'hésite pas à répéter à l'enfant qu'il est « très courageux ». Cependant, dans ces situations, ce que je ne remarque pas, c'est l'après : une fois que le soignant a terminé son soin, l'enfant retrouve la personne qui le rassure. Mais qu'en est-il du soignant ? Après avoir vécu ces situations, j'ai vu les soignants repartir vaquer aux occupations qu'ils avaient mis de côté le temps du soin. Personne n'a reparlé de ce qui venait de se passer. Je me suis alors demandé si, pour eux, maintenir un enfant pendant un soin était devenu une habitude. N'ayant pas eu l'occasion d'en discuter par la suite avec les soignants présents lors de ces situations, je choisis aujourd'hui, d'aborder ce sujet dans le cadre de mon projet professionnel.

En repensant à ces situations, je m'interroge sur cette façon de maintenir l'enfant contre son gré. Après en avoir discuté avec des professionnels de santé, la notion qui me vient à l'esprit et qui pourrait finalement résumer ces deux situations est celle de « la contention ».

Choisir d'aborder l'usage de la contention physique sur un enfant pendant un soin peut paraître délicat. En effet, la contention est un sujet qui reste tabou, un sujet dont les soignants évitent de parler, un « *sujet sensible* »¹. Pourtant, cette pratique semble être souvent utilisée quand un soin ne se passe pas comme il faut. « *La contention serait utilisée dans 58% des services d'urgence en France, le type de contention n'étant pas précisé* »². Cependant, sa fréquence d'utilisation « *reste difficile à déterminer* »³. Je remarque à travers mes recherches que de nombreuses études ont été menées sur le sujet, la première datant de 2009 : « *Un double audit mené à l'hôpital Trousseau et une étude réalisée à Melbourne indiquent qu'en moyenne, 10% des soins réalisés aux enfants sont effectués en utilisant une contention* »⁴. Les résultats de l'enquête réalisée par une étudiante puéricultrice en 2012 auprès de 34 infirmières et puéricultrices montrent que « *la contention est employée encore trop fréquemment et de manière habituelle pour 12% des professionnels interrogés* »⁵. Le plus souvent, cette pratique « *apparaît comme une solution lorsque les enfants sont désorientés ou se débattent lors des soins* »⁶ alors qu'elle est « *généralement traumatique pour les différents acteurs du soin : l'enfant, le parent et le soignant* »⁷.

Pour traiter la question de la contention dans les soins, je me suis intéressée à différents articles qui abordent ce sujet notamment dans les revues : *Soins Pédiatrie-Puériculture*, *Cahiers de la Puéricultrice*, *Archives de Pédiatrie*. Je me suis également tournée vers les divers écrits de Bénédicte Lombart, cadre de santé spécialisée dans la douleur de l'enfant, qui s'est questionnée sur l'usage de la contention à la fois dans son livre « *Les soins en pédiatrie : Faire face au refus de l'enfant* » mais aussi dans un article paru dans *Les Cahiers de la Puéricultrice* en novembre 2016 : « *Questionner l'usage de la force lors des soins pédiatriques* ». Je me suis également intéressée à sa thèse de philosophie intitulée « *De la contention lors des soins en pédiatrie ou de l'altérité invisible* » et à la conférence qu'elle a menée sur *la contention en pédiatrie* lors du Séminaire de l'Ecole éthique de la Salpêtrière en février 2017.

¹ ESTRADE, M, TESSIER-LEVÊQUE, M, WANQUET-THIBAUT, P, La contention lors des soins en pédiatrie, *Soins pédiatrie/puériculture*, septembre/octobre 2016, n°292, p.39

² Op. cit., p.41

³ Op. cit., p.43

⁴ UGUET, A., La contention de l'enfant en question, *Cahiers de la puéricultrice*, avril 2014, n°276, p. 37

⁵ Ibidem

⁶ ESTRADE, M, TESSIER-LEVÊQUE, M, WANQUET-THIBAUT, P, La contention lors des soins en pédiatrie, *Soins pédiatrie/puériculture*, septembre/octobre 2016, n°292, p.39

⁷ Ibidem

Ce travail présente un intérêt professionnel car il s'intéresse à un sujet qui pose encore question au regard des pratiques professionnelles. En plus d'être fréquemment utilisée, la contention est un acte qui « *induit des pleurs et de l'agitation (...) l'enfant se débat dans 79% des cas. Il se calme dans seulement 8% des situations.* ». Puis, une fois réalisé, il devient un sujet qui reste peu ou pas abordé en équipe. Mais pas seulement... « *Le sujet de la contention lors des soins n'est pas abordé en formation initiale de l'infirmière* »⁸. Du moins, lors de ma formation infirmière, il s'agit d'un sujet qui a été abordé pendant une heure, dans le cadre de l'unité d'enseignement 4.4 du semestre 4, intitulée : *Thérapeutiques et contribution au diagnostic médical*. Ce sujet interroge également certaines étudiantes puéricultrices. En effet, au cours de la formation, nous travaillons sur différentes situations éthiques qui nous questionnent. Sur les sept groupes de travail, quatre groupes ont évoqué une situation mettant en évidence l'utilisation de la contention pendant un soin.

Si cette pratique soulève un débat éthique car elle porte atteinte à la dignité du patient et à sa liberté, il est intéressant de pouvoir regarder ce que dit la législation par rapport à la contention. Nous verrons au cours de ce travail que la pratique de la contention n'est pas réellement réglementée.

Avant de commencer le cadre théorique, j'ai eu l'occasion de mener un entretien exploratoire auprès d'une infirmière puéricultrice et d'une auxiliaire de puériculture. Ces entretiens m'ont permis de cibler mes recherches et ainsi de trouver la question de départ me permettant de traiter au mieux l'utilisation de la contention. Au cours de ma formation, j'ai également pu m'entretenir avec la psychomotricienne du service de réanimation néonatale où je suis allée en stage. En lui expliquant les différentes situations qui m'ont interpellée, celle-ci m'a tout de suite fait remarquer qu'il serait intéressant d'interroger également la place du parent pendant le soin. Il est vrai que dans chacune des situations vécues, le parent est présent. Mais la place qui lui est imposée n'est pas celle qu'il doit prendre car pour permettre au soignant de faire son soin, le parent se retrouve à maintenir son enfant.

⁸ UGUET, A., La contention de l'enfant en question, *Cahiers de la puéricultrice*, avril 2014, n°276, p. 37

Être confrontée à ces situations conduit mon interrogation sur la prise en charge de l'enfant, sur les pratiques professionnelles de l'infirmière et plus particulièrement sur la contention :

- Quel est le but de la contention ? La contention peut-elle être évitée ?
- Psychologiquement, sur le court et long terme, qu'entraîne la contention chez l'enfant ? chez les soignants ? chez les parents ?
- Quels sont les répercussions de la pratique de la contention sur la mémoire de l'enfant ?
- Si un soin pousse à faire usage de la force, pourquoi ce soin n'est-il pas différé ? Des moyens sont-ils mis en place pour éviter de pousser jusqu'à la limite de la contention ?
- Que pense l'enfant quand il subit le soin ? Est-il écouté ?
- Pourquoi face à l'agitation de l'enfant, le soin continue t'il quand même ?
- Que pouvons-nous qualifier de contention ? Est-il un acte maltraitant ?
- Quel rôle va pouvoir avoir la puéricultrice devant l'usage de la force ?
- Pourquoi existe-t-il un paradoxe entre ces valeurs soignantes que sont la bienveillance, la bienfaisance et l'usage de la force, de la contention pour aider au bon déroulement du soin ?
- La contention est-elle une pratique justifiée parce qu'elle est utilisée « pour le bien de l'enfant » ?
- Pourquoi le soignant se permet-il d'user de la force devant un enfant ? L'enfant est-il plus vulnérable qu'un adulte ?
- Pourquoi cette pratique est-elle fréquente surtout dans les services de pédiatrie et plus particulièrement aux urgences ?
- Où est le soignant lorsqu'il fait usage de la contention sur l'enfant ? Que devient l'enfant pour le soignant ?
- Est-ce que ces situations sont en phase avec mes valeurs personnelles et professionnelles ?
- D'un point de vue éthique : avons-nous le droit d'imposer la contention à l'enfant ? L'enfant peut-il refuser ? Est-ce de la bienveillance ? Ou de la non-bienveillance ?
- Qui devient responsable si le soin n'est pas fait ?

Autant de questions qui nécessitent une réflexion et qui me permettent de me recentrer sur une seule, la question de départ :

En quoi la pratique de la contention physique lors d'un soin en pédiatrie va-t-elle à l'encontre des valeurs professionnelles de l'infirmière puéricultrice ?

Dans un premier temps, nous aborderons les différents concepts qui sont mis en avant dans la question de départ à savoir : l'enfant, l'infirmière puéricultrice, le soin, les valeurs professionnelles et la contention physique. Dans un second temps et après avoir défini ces différents concepts, nous poserons la problématique et les deux hypothèses pouvant y répondre. Dans un troisième temps nous aborderons la méthode d'enquête présentant l'élaboration du guide d'entretien ainsi que le déroulement des différents entretiens nous permettant de recueillir les réponses des infirmières puéricultrices. Ce troisième temps nous permettra dans un quatrième temps d'analyser les résultats et de les confronter au cadre théorique. Cette analyse nous permettra de confirmer ou d'infirmer les hypothèses lors de la synthèse.

I. LE CADRE THÉORIQUE

1. LE CADRE CONTEXTUEL

A. L'ENFANT

a) Quand l'enfant, qui a traversé les siècles...

Pendant longtemps, « *l'enfant des sociétés occidentales a été soumis à des traitements cruels sous couvert de l'autorité paternelle* »⁹. Avant le XVII^{ème} siècle, il est considéré « *comme une gêne ou même parfois l'incarnation du péché ou du mal qu'il fallait corriger* »¹⁰. Dès le XVII^{ème} siècle, les nourrissons et très jeunes enfants sont placés en nourrice « *pour permettre aux mères de travailler ou de mener une vie mondaine considérée comme essentielle* »¹¹. A cette période-là, la mortalité infantile s'est vue à la hausse. Puis au XVIII^{ème} siècle, surnommé « *poupard* », il est « *considéré comme un jouet amusant mais non comme un être humain à part entière* »¹². Début du XVIII^{ème} siècle, l'enfant n'est pas « *irremplaçable, ni unique* ». Nous pouvons nous rendre compte « *qu'entre 1750 et 1850, l'abandon d'enfant était encore un phénomène de très grande ampleur fonctionnant comme technique de contraception* »¹³. C'est seulement à partir du « *dernier tiers du XVIII^{ème} siècle* » que l'enfant prend de l'importance. Il est considéré comme « *une valeur marchande qu'il s'agira de protéger, en vue d'une force de production future utile à l'Etat* »¹⁴. Cette notion de « *valeur marchande* », peut nous renvoyer à la considération de cet enfant comme objet de valeur et non pas comme « *être humain à part entière* », bien qu'il prenne de l'importance. C'est alors, dans un but de protéger cet enfant « *utile à l'Etat* », que le rôle de mère et l'amour maternel deviennent valorisés dans les écrits officiels. L'interaction entre la mère et l'enfant est « *empreinte d'intérêt et de tendresse réciproques* ». Par la suite, « *l'enfant est considéré comme une source de joie, de fierté et sa survie préoccupe ses deux parents* »¹⁵.

⁹ KREMP, L, *Puériculture et pédiatrie*, 7^{ème} éditions, éd. : Lamarre, octobre 2017, p.XXI

¹⁰ Ibidem

¹¹ Ibidem

¹² Ibidem

¹³ ZAFIROPOULOS, M, Qu'est-ce qu'un enfant ? De l'enfant phobique à l'enfant-fétiche, *Figures de la psychanalyse*, éd. : ERES, février 2012, n°24, p.53

¹⁴ KREMP, L, *Puériculture et pédiatrie*, 7^{ème} éd. : Lamarre, octobre 2017, p.XXI

¹⁵ Op. cit., p.XXII

Par les travaux de Freud, Bowlby, psychanalystes, Binet, Piaget et Gesell, psychologues, « *les connaissances que l'on a de sa croissance et de son développement se raffinent* »¹⁶. Au XXème siècle subsiste un nouveau changement dans la façon de considérer l'enfant : dès la naissance, il est « *comme un être à part entière dont les potentialités et la santé seront soutenues par les efforts conjoints des parents, des structures socio-sanitaires de l'Etat* »¹⁷. L'enfant n'est plus regardé comme « *un adulte en miniature ni un animal à domestiquer* »¹⁸. Il en reste néanmoins un être « *inachevé* »¹⁹ dans le sens où « *il a besoin de notre aide mais pas de notre idéal de complétude* »²⁰. C'est ainsi que de la naissance « *à l'adolescence, il se construit, en tissant des liens progressifs avec ses proches et son environnement* »²¹.

Vers le milieu du XXème siècle, « *la pédiatrie et les soins aux enfants prennent véritablement leur essor* »²² pour permettre à l'enfant de disposer des meilleurs traitements possible pour sa santé. Santé, qui est définie par l'Organisation Mondiale de la Santé en 1946 comme « *un état de complet bien-être physique, mental et social, qui ne consiste pas seulement en une absence de maladie* ». Ainsi la nécessité qu'à l'enfant de se développer dans un milieu où il est capable d'y « *vivre en harmonie* » est reconnue. C'est alors que le concept de « *pédiatrie sociale* »²³ émerge. Robert Debré l'a défini comme « *un état d'esprit [...] qui consiste à souhaiter avoir une vision globale de l'enfant dans son environnement, en s'intéressant aux influences sociales, politiques, géographiques, culturelles et familiales sur sa santé* »²⁴ de la période prénatale à l'adolescence. Désormais la santé de l'enfant est considérée comme « *différente de celle de l'adulte* »²⁵. L'enfant est vu dans sa globalité dans le but de « *répondre à son besoin de sécurité affective* », primordiale au « *développement harmonieux* »²⁶ de sa personne.

Si le rôle de la mère a été valorisé dès le XVIIIème siècle, c'est parce que nous nous sommes rendus compte que « *l'enfant se construit à travers le regard de l'adulte* »²⁷. Quand l'autre le regarde, l'enfant se sent exister. Le regard de l'autre a alors une grande importance sur ce que

¹⁶ KREMP, L, *Puériculture et pédiatrie*, 7ème éd. : Lamarre, octobre 2017, p.XXII

¹⁷ Ibidem

¹⁸ VALLON S, Qu'est-ce qu'un enfant ?, *VST- Vie sociale et traitements*, éd. : ERES, mars 2001, n°71, p.5

¹⁹ Ibidem

²⁰ Ibidem

²¹ JOUSSELME, C, *Comprendre l'enfant malade : Du traumatisme à la restauration psychique*, Psychothérapies, éd. : Dunod, juin 2014, p.6

²² KREMP, L, *Puériculture et pédiatrie*, 7ème éd. : Lamarre, octobre 2017, p.XXII

²³ Ibidem

²⁴ Ibidem

²⁵ Op. cit, p..XXVI

²⁶ Ibidem

²⁷ BACLE, C, La construction du jeune enfant à travers le regard de l'adulte, *Métiers de la Petite Enfance*, n°224, août-septembre 2015, p.24

nous pouvons appeler « *le développement de la conscience de soi* »²⁸. Pour se développer, l'enfant a besoin de pouvoir « *créer, de tisser et d'entretenir un lien avec un adulte bienveillant, présent, fiable et disponible* »²⁹ qui lui garantit ainsi une « *base de sécurité affective* ».

Nous pouvons alors nous apercevoir que l'histoire de l'enfant a évolué au fil des siècles, passant du statut d'un « *adulte en miniature* » à celui d'un « *être en développement* ».

Aujourd'hui, il existe différentes façon de le définir : « *Etymologiquement, le terme « enfant » vient du latin infans qui signifie « celui qui ne parle pas ». Chez les romains, ce terme désignait l'enfant dès sa naissance, jusqu'à l'âge de 7 ans. Cette notion a beaucoup évolué à travers les siècles et les cultures pour finalement désigner l'être humain de sa naissance jusqu'à l'âge adulte* ».³⁰ La Convention Internationale relative aux Droits de l'Enfant donne une définition plus précise : Selon l'article 1^{er}, « *un enfant s'entend de tout être humain âgé de moins de dix-huit ans, sauf si la majorité est atteinte plus tôt en vertu de la législation qui lui est applicable* »³¹. Emile Littré, philosophe, définit dans son *Dictionnaire de la langue française*, le Littré, l'enfant comme « *un individu de l'espèce humaine qui est dans l'âge de l'enfance* ». L'enfance étant définie dans le même dictionnaire comme « *la période de la vie humaine qui s'étend de la naissance jusque vers la treizième année* ». Cependant, l'enfant ne peut se résumer à une tranche d'âge. Pour Catherine Jousset, psychiatre, « *l'enfant ne représente pas une entité stable, toujours identique, personnifiée d'emblée* »³². « *Personnifié d'emblée* », car avant de naître l'enfant est pensé dans le langage par ses parents.

Il est important de pouvoir se rendre compte que l'enfant est « *un être singulier en construction, dans une culture et un milieu donné* »³³. Un être qui doit pouvoir « *accomplir* » son passage dans l'enfance « *pour se construire comme un « enfant conforme* ». Un enfant dont le développement moteur, psychique, affectif et social doit être « *normal* ».

²⁸ BACLE, C, La construction du jeune enfant à travers le regard de l'adulte, *Métiers de la Petite Enfance*, n°224, août-septembre 2015, p.24

²⁹ Ibidem

³⁰ Humanium, *Droits de l'enfant : la signification de l'enfant et des droits des enfants*, consulté en juin 2017, <<https://www.humanium.org/fr/les-droits-de-l-enfant/>>

³¹ UNICEF, Convention Internationale des Droits de l'Enfant, 20 novembre 1989, p.6. (page consulté en juin 2017), <<https://www.unicef.fr/sites/default/files/convention-des-droits-de-lenfant.pdf>>

³² JOUSSELME, C, *Comprendre l'enfant malade : Du traumatisme à la restauration psychique*, Psychothérapies, éd. : Dunod, juin 2014, p.6

³³ CONSTANT, J, L'enfant est toujours différent. La notion d'enfant dans la pratique de la pédopsychiatrie, *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, n°56, 2008, p.175

b) ... se développe...

S'intéresser au développement de l'enfant à la fois sur le plan moteur, cognitif, affectif et social est un moyen qui nous permet de pouvoir comprendre ses besoins en tant que nourrisson, enfant ou adolescent et de repérer plus aisément sa détresse. Ce développement prend en compte à la fois ce « *besoin de l'autre* », comme les parents, mais aussi cette nécessité de pouvoir petit à petit « *se détacher de l'autre* » et ainsi « *devenir un sujet soi-même* »³⁴. Nous allons ici nous intéresser aux différents stades de développement de l'intelligence en s'appuyant essentiellement sur les travaux de Jean Piaget, psychologue. Le développement de la motricité a une importance primordiale entre 0 et 7 ans. L'enfant se tourne vers le monde extérieur, il est confronté à la fois à la découverte et à l'obstacle. Ce développement est considéré comme « *le support du développement de l'intelligence* ».³⁵

Pendant sa première année le nourrisson évolue très rapidement. « *L'enfant passe d'une perception morcelée à une perception unifiée* »³⁶, suite à l'analyse qu'il entreprend en se voyant dans le miroir. « *Il passe d'une activité centrée sur lui-même à une activité dirigée vers des objets « autres que lui »* »³⁷. L'enfant « *s'attache aux personnes qui prennent soin de lui, et il fait la distinction entre ces personnes et les inconnus* »³⁸. C'est donc à cette période qu'« *un sentiment d'attachement* » se développe. Sur le plan moteur, « *l'enfant fait des progrès considérables dans l'usage de son corps [...] il apprend à s'asseoir, ramper, marcher, saisir, manipuler examiner, jouer* »³⁹. Cette première année est donc pour lui une période riche en apprentissage. Il découvre que « *son action sur un objet produit un résultat intéressant* »⁴⁰ qu'il cherche à renouveler. De la naissance à 2 ans, l'enfant se trouve au stade de l'intelligence « *sensori-motrice* ». Cette période est qualifiée d'« *intelligence pratique, qui se manifeste en présence des objets, des personnes, des situations et qui met en jeu les perceptions et la motricité. C'est une intelligence sans représentations, sans langage, sans concept* »⁴¹. L'enfant passe d'une action réflexe à une action tournée vers un but, ainsi il peut « *résoudre des problèmes concrets comme atteindre un objet éloigné, trouver un objet*

³⁴ JOUSSELME, C, *Comprendre l'enfant malade : Du traumatisme à la restauration psychique*, Psychothérapies, éd. : Dunod, juin 2014, p.7

³⁵ LACOMBE J, *Le développement de l'enfant de la naissance à 7 ans*, éd. : De Boeck, septembre 2007, p.66

³⁶ MOREL C, *ABC de la Psychologie de l'enfant de la naissance à l'adolescence*, éd. : Grancher, mars 1999, p.98

³⁷ Op. cit, p.97

³⁸ VAN BROECK, N., VAN RILLAER, J., *L'accompagnement psychologique des enfants malades*, éd. : Odile Jacob, janvier 2012, p.19

³⁹ Ibidem

⁴⁰ LACOMBE, J, *Le développement de l'enfant de la naissance à 7 ans*, éd. : De Boeck, septembre 2007, p.178

⁴¹ Op. cit, p.177

*caché...»*⁴². Lors de cette première année, l'enfant ne sait pas s'exprimer verbalement, ainsi l'adulte peut avoir tendance à ne pas comprendre ses besoins. Il est important de noter qu'« *entre un an et deux ans, l'enfant doit respecter les limites posées tout en n'étant pas encore en mesure de comprendre de longs discours sur les raisons de ces limites ou sur la nature des dangers qu'il court* »⁴³. C'est pourquoi il est primordial cette première année de l'accompagner dans son développement et de poser un cadre rassurant lui permettant de se tourner plus facilement vers l'extérieur.

Au cours de sa deuxième année, « *l'enfant découvre son existence autonome et apprend à agir d'une façon plus indépendante dans les limites de ses possibilités* ». De ce fait, il découvre son « moi ». Entre 3 ans et 7 ans, l'enfant se définit de plus en plus comme étant un « *sujet à part entière* »⁴⁴. C'est à cette période que son caractère se forme : ses besoins, ses désirs, et ses opinions « *sont de plus en plus personnels* »⁴⁵. L'enfant apprend à prendre des initiatives. Il s'affirme. Sur le plan moteur, l'enfant monte et descend les escaliers seul, il court, il saute à cloche pieds ou à pieds joint, il mange seul, il dessine, il apprend à s'habiller puis à se déshabiller seul. Peu à peu il se repère dans le temps. A cette période le stade de l'intelligence de l'enfant évolue de la « phase sensori-motrice » vers la « phase préopératoire ». Désormais, l'enfant peut « *parler d'événements concrets passés ou futurs, il est capable d'exprimer des souhaits et des émotions, il peut communiquer des expériences* ». Il arrive à « *se représenter mentalement ce qu'il évoque* »⁴⁶. Ainsi, il est capable entre 2 et 4 ans de parler d'« *objets, de situations ou des événements absents en utilisant des signes ou des symboles* »⁴⁷. La pensée de l'enfant est désormais « *dominée par l'égoïsme* »⁴⁸. Cet égoïsme s'exprime « *par l'incapacité de prendre en compte un point de vue autre que le sien* »⁴⁹. Entre 4 et 7 ans, la pensée évolue. Elle devient intuitive. Par cette pensée, « *l'enfant peut établir des relations de comparaisons* » mais il « *n'est pas encore capable de raisonner logiquement* »⁵⁰. Il cherche « *à comprendre la raison des choses et pose de nombreuses questions* »⁵¹ qui s'expriment par le « pourquoi ». Des questions auxquelles l'adulte rencontre parfois des difficultés pour y répondre. Concernant le langage, entre 2 ans et 2 ans ½ l'enfant commence à prononcer des

⁴² LACOMBE J, *Le développement de l'enfant de la naissance à 7 ans*, éd. : De Boeck, septembre 2007, p.179

⁴³ MOREL C, *ABC de la Psychologie de l'enfant de la naissance à l'adolescence*, éd. : Grancher, mars 1999, p.70

⁴⁴ Op. cit, p.101

⁴⁵ Ibidem

⁴⁶ LACOMBE J, *Le développement de l'enfant de la naissance à 7 ans*, éd. : De Boeck, septembre 2007, p.180

⁴⁷ Ibidem

⁴⁸ Ibidem

⁴⁹ MOREL C, *ABC de la Psychologie de l'enfant de la naissance à l'adolescence*, éd. : Grancher, mars 1999, p.125

⁵⁰ LACOMBE J, *Le développement de l'enfant de la naissance à 7 ans*, éd. : De Boeck, septembre 2007, p.181

⁵¹ Op. cit., p.182

phrases avec plusieurs mots. Nous pouvons parler d' « explosion du vocabulaire ». Entre 2 et 7 ans, l'enfant a encore du mal à argumenter ce qu'il dit. Il aime s'exprimer par le jeu ou par le dessin. Souvent à cet âge, il ne dialogue pas mais « *il monologue, c'est-à-dire qu'il parle pour lui-même et souvent même qu'il se parle à lui-même* »⁵². Vers l'âge de 6 ans le langage devient correct, la syntaxe s'améliore mais l'enfant a encore du mal à « *défendre ses points de vue et ses opinions* »⁵³. Ainsi, si l'adulte lui demande de se justifier, l'enfant lui répondra « *parce que* ». Pendant la période préopératoire, l'enfant a également un besoin « *de donner une explication à toute chose* »⁵⁴ car pour lui toute phénomène a un but et n'intervient pas par hasard. Puis apparaît la morale. C'est entre 4 et 6 ans que « *l'évolution mentale génère l'apparition de la morale* »⁵⁵. Celle-ci est dite « *hétéronome* »⁵⁶ : « *L'enfant respecte des lois morales, non pour des raisons morales justement, mais par obéissance* ». Jusqu'à ses sept ans, « *l'enfant respecte l'adulte* » et finit toujours par « *se soumettre* ».

Nous remarquons qu'entre 2 et 7 ans l'enfant s'exprime. Il commence à se repérer et à s'affirmer. Il s'intéresse à ce qui l'entoure. Sa position qu'il a en tant qu'enfant s'entrechoque avec sa volonté de s'affirmer et de s'autonomiser.

De 7 à 12 ans environ, « *l'enfant fait l'expérience de diverses compétences qui lui permettent de développer sa confiance en soi* ». A cet âge, il passe d'une « *intelligence préopératoire* » à une « *intelligence opératoire concrète* ». Désormais, il arrive à faire une différence entre son point de vue et celui de l'autre : « *cette nouvelle aptitude lui permet d'échanger, de dialoguer, de partager* »⁵⁷. Ainsi, le raisonnement logique, et la réflexion apparaissent. L'enfant peut maintenant expliquer son raisonnement et justifie ses opinions. Il a besoin « *de se reconnaître dans l'autre pour affirmer sa propre identité* »⁵⁸. Son évolution mentale l'amène également « *à mettre en doute l'adulte* », à « *refuser certaines contraintes ou certaines lois* »⁵⁹. Il s'oppose. Sa morale, qui était « *hétéronome* » devient « *autonome* »⁶⁰ : L'enfant est alors dans une recherche constante de justice, d'équité et de juste mesure. C'est pourquoi désormais, « *le respect mutuel* »⁶¹ prévaut. Il n'est plus le fruit de l'autorité ou du pouvoir mais il devient

⁵² MOREL C, *ABC de la Psychologie de l'enfant de la naissance à l'adolescence*, éd. : Grancher, mars 1999, p.129

⁵³ Op. cit., p.130

⁵⁴ Op. cit., p.134

⁵⁵ Op. cit., p.137

⁵⁶ Op. cit., p.138

⁵⁷ Op. cit., p.153

⁵⁸ Op. cit., p.151

⁵⁹ Op. cit., p.138

⁶⁰ Op. cit., p.156

⁶¹ Op. cit., p.158

« *intrinsèque à la reconnaissance de la valeur propre à chaque individu* »⁶². C'est donc à cette période que l'enfant va chercher à négocier avec le soignant pendant le soin. Nous pouvons penser qu'à cette période l'enfant se retrouve souvent dans le refus du soin.

Quand arrive l'adolescence, l'enfant cherche à construire sa « *propre identité* » afin de savoir qui il est et à quoi il se destine. Pour y arriver, l'enfant passe alors par « *une crise d'identité* », ou « *crise d'adolescence* ». L'adolescence est la période de l'« *intelligence opératoire formelle* », qui débute à 12 ans et s'achève à 16 ans. Cette période est « *marquée par des changements physiques, affectifs et psychologiques fondamentaux* » mais également par un changement « *du développement intellectuel* »⁶³. Ainsi, chez l'adolescent, nous remarquons que « *ses capacités de raisonnement, ses réactions émotionnelles et ses relations à autrui* » vont évoluer avec l'âge.

Maintenant que nous avons vu que l'enfant est un « *être en pleine croissance, adulte en devenir, qui ne peut se protéger seul* », il est important de savoir que l'enfant fait aujourd'hui l'objet d'une protection spécifique depuis que ses droits ont été reconnus. En effet, Le 20 novembre 1989, les Droits de l'Enfant ont été proclamés au niveau international dans « *la Convention Internationale des Droits de l'Enfant* »⁶⁴. Cette Convention garantit à l'enfant « *la protection de la santé, la sécurité matérielle, le repos et les loisirs* »⁶⁵. Elle met en avant certains principes : Ce qui est entrepris pour l'enfant doit être fait dans le respect de son bien-être. Selon l'article 3, « *dans toutes les décisions qui concernent les enfants [...] l'intérêt supérieur de l'enfant doit être une considération primordiale* ». Par cette Convention, l'opinion de l'enfant devient également légiféré dans l'article 12 : désormais l'enfant qui « *est capable de discernement à le droit d'exprimer librement son opinion sur toute question l'intéressant, les opinions de l'enfant étant dûment prises en considération eu égard à son âge et à son degré de maturité* ». En reprenant certains droits parmi les *dix droits fondamentaux*⁶⁶ de cette Convention, nous pouvons voir que l'enfant à : « *le droit d'être aimé et respecté* », « *le droit d'être protégé de la violence* », « *le droit de rêver, de rire, de jouer* », « *le droit de s'exprimer et de donner son avis* », mais également « *le droit d'être soigné* ».

⁶² MOREL C, *ABC de la Psychologie de l'enfant de la naissance à l'adolescence*, éd. : Grancher, mars 1999, p.158

⁶³ Op. cit., p.185

⁶⁴ UNICEF, *Convention Internationale des Droits de l'Enfant*, 20 novembre 1989, (page consulté en juin 2017), <https://www.unicef.fr/sites/default/files/convention-des-droits-de-lenfant.pdf>

⁶⁵ GRASSIER, J, *Le guide de la puéricultrice : prendre soin de l'enfant de la naissance à l'adolescence*, éd. : Elsevier-Masson, janvier 2008, p.108

⁶⁶ Op. cit., préambule

Tous ces droits de l'enfant font écho à sa prise en charge quand il se retrouve hospitalisé. Désormais nous allons nous intéresser à cet enfant, « être en pleine croissance », qui se retrouve dans un cadre différent du cadre familial : l'hôpital.

c) ... Et se retrouve à l'hôpital :

A son arrivée à l'hôpital, il arrive que l'enfant se retrouve dans un endroit qu'il appréhende. Par la suite, l'hospitalisation engendre « une rupture avec l'environnement familial et social »⁶⁷. Prendre en charge un enfant qui est hospitalisé nécessite « une attention particulière : il faut privilégier la qualité de l'environnement et l'accompagnement des parents »⁶⁸. Le respect des besoins de l'enfant est aussi important à l'hôpital qu'à la maison. Il est important de savoir que l'enfant « a des besoins spécifiques en matière de santé. Il s'adapte plus ou moins bien à l'hospitalisation en fonction de son âge, de sa représentation du monde »⁶⁹. Une fois les portes de l'hôpital franchies, l'enfant prend conscience que « quelque chose ne va pas »⁷⁰. Le lieu où il se trouve devient alors « un monde inconnu qui peut susciter chez lui un sentiment d'hostilité, [...], ce qui provoque chez lui des réactions de peur, d'anxiété voire d'angoisse, parfois partagée par ses accompagnants »⁷¹. L'enfant est alors vulnérable devant ce qui lui arrive mais aussi devant le corps médical, en blouse blanche. Se retrouver vulnérable ou en situation de vulnérabilité, c'est « être exposé à des atteintes [...], subir des dommages »⁷². L'enfant à l'hôpital est exposé à de nombreuses « agressions » que nous pouvons qualifier d'olfactives : la vue, par les murs de l'hôpital qui ne sont pas toujours décorés, l'ouïe, par le bruit des différentes machines utilisées dans une chambre, l'odorat, par l'odeur de l'hôpital et de certains produits, le toucher, par les différents soins invasifs ou non invasifs qui lui sont fait, et le goût, par l'alimentation à l'hôpital et certains médicaments dont l'arrière-goût est parfois peu apprécié. Toutes ces agressions peuvent alors laisser l'enfant dans une appréhension totale de son devenir à l'hôpital, considéré comme un « lieu de séparation »⁷³ qui est parfois « effroyablement triste »⁷⁴.

⁶⁷ GRASSIER, J, *Le guide de la puéricultrice : prendre soin de l'enfant de la naissance à l'adolescence*, éd. : Elsevier-Masson, janvier 2008, p.481

⁶⁸ Ibidem

⁶⁹ Ethica clinica, L'enfant à l'hôpital : pour une métamorphose de la médecine, *revue francophone d'éthique des soins de santé*, septembre 1997, p.4

⁷⁰ GRASSIER, J, *Le guide de la puéricultrice : prendre soin de l'enfant de la naissance à l'adolescence*, éd. : Elsevier-Masson, janvier 2008, p.482

⁷¹ Ibidem

⁷² LE COZ Pierre, Vulnérabilité du nouveau-né, enjeux philosophiques et éthiques, *Cahiers de la puéricultrice*, n°280, octobre 2014, p.12

⁷³ Ethica clinica, L'enfant à l'hôpital : pour une métamorphose de la médecine, *revue francophone d'éthique des soins de santé*, septembre 1997, p.11

⁷⁴ Op. cit, p.5

Pendant longtemps, « *l'univers de l'enfant hospitalisé, austère et inadapté, se limitait à son lit d'hôpital* »⁷⁵. Par manque de connaissances sur son développement et son ressenti, mais aussi par manque de moyens, de traitements antidouleurs ou de techniques adaptés, « *la médecine pédiatrique a été maltraitante malgré elle* »⁷⁶ avec l'enfant. En effet, celui-ci a été considéré comme un adulte en miniature ne ressentant aucune douleur. Aujourd'hui, l'enfant n'est plus considéré comme tel.

A l'hôpital ses droits sont reconnus à travers la *Charte de l'enfant hospitalisé* rédigée en 1988. Cette Charte met en avant l'importance de la présence des parents, ou de leur substitut pendant tout le temps de son hospitalisation. Parents et enfants ont désormais « *le droit de recevoir une information sur la maladie et les soins, adaptée à leur âge et leur compréhension* »⁷⁷. Il est important, qu'après avoir reçu cette information claire et précise l'enfant soit en capacité de pouvoir donner son avis sur sa prise en charge. Il est stipulé que « *tout examen ou traitement qui n'est pas indispensable* » est évité. Comme nous l'avons démontré précédemment, il est important que l'hôpital soit un lieu adapté aux enfants. Il « *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* ». La Charte affirme qu' « *on essaiera de réduire au maximum les agressions physiques ou émotionnelles et la douleur* ». Ce dernier point, peut alors poser question. L'utilisation du terme « *essayer* » évoque à la fois cette volonté de tout mettre en œuvre dans le but de réduire douleur, agressions physiques et émotionnelles mais en même temps ce terme renvoie à la difficulté ; difficulté que rencontrent les soignants dans la réalisation de certains soins ou pour évaluer la douleur et la prendre en charge. Il est intéressant de s'interroger sur ce qui est mis derrière ces termes « *agressions physiques et émotionnelles* ». En effet, dans le cadre de ce travail, nous pouvons nous demander si cela fait écho à la contention qui est à la fois physique, manuelle, chimique ou psychologique.

Cette Charte est un moyen, si elle est respectée, de permettre à l'enfant de devenir un acteur de sa prise en charge et de prendre part aux décisions le concernant, mais ce n'est pas le seul. L'hôpital étant une institution publique ou privée, les droits de l'enfant inscrits dans la Convention sont également à prendre en compte : ainsi, l'enfant est en droit d'être écouté et entendu quel que soit son âge. A noter que le consentement de l'enfant doit être recherché

⁷⁵ SPARADRAP, L'enfant à l'hôpital, (page consultée en juin 2017),
<https://www.sparadrapp.org/content/download/30221/315896/version/1/file/2012_01+Bebezine++Dossier+l'enfant+à+l'hôpital.pdf>

⁷⁶ Ibidem

⁷⁷ Association « Enfants à l'Hôpital », Charte de l'enfant hospitalisé, 1988, (page consultée en juin 2017),
<<http://www.sersante.com/charte-enfant/>>.

avant chaque décision médicale. En effet, l'article L.1111-4 du Code de la Santé Publique stipule que « *le consentement du mineur ou du majeur sous tutelle doit être systématiquement recherché s'il est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision* »⁷⁸. De plus, la loi du 4 mars 2002, relative à l'autorité parentale, stipule que « *les parents associent l'enfant aux décisions qui le concernent, selon son âge et son degré de maturité* »⁷⁹. Le consentement des parents, ou d'un substitut, est pris en compte devant l'incapacité de l'enfant à exprimer ce qu'il ressent. A ce moment c'est le droit à l'autorité parentale qui entre en jeu. L'article 371-1 de la loi du 4 mars 2002 stipule qu' « *elle appartient aux père et mère jusqu'à la majorité ou l'émancipation de l'enfant pour le protéger dans sa sécurité, sa santé et sa moralité* ».

Reconnaître que l'enfant a des droits nous montre à quel point « *il est essentiel que l'enfant soi lui-même informé, en utilisant un niveau de langage adapté à son niveau de développement, de ce que représente sa maladie* »⁸⁰ ou la cause pour laquelle il est hospitalisé.

Pour Walter Hesbeen, le malade ne doit pas être confondu avec la maladie. Il en est de même pour l'enfant. Le malade « *est celui qui souffre, c'est-à-dire celui qui doit supporter, endurer, subir quelque chose qui lui est pénible* »⁸¹. Pour l'enfant, cette maladie vient entraver son développement. Il est toujours important, en voyant un enfant malade, de penser qu'il est avant tout un être qui se développe et qui a besoin d'un soutien dans cette période difficile. Il n'est pas rare que la maladie vienne perturber « *le développement psychologique de l'enfant* »⁸². Le handicap, la douleur, la séparation de son cadre familial, l'éloignement de ses parents, l'absence de contact d'enfants du même âge et l'hospitalisation sont des facteurs qui risquent d'« *entraver la réalisation d'expériences essentielles, nécessaires pour évoluer* »⁸³. Par exemple, le « *jeune enfant a besoin d'un contact étroit avec ses parents pour s'attacher à eux ; un enfant plus âgé a besoin de relations avec des enfants de son âge pour ne pas*

⁷⁸Code de la Santé Publique, Loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie. Journal officiel, n°95 du 23 avril 2005, (page consultée en octobre 2017), <<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006685767&dateTexte=20111108>>

⁷⁹ CODE CIVIL, Loi n° 2002-305 du 4 mars 2002 relative à l'autorité parentale, Journal officiel du 5 mars 2002, (page consultée en octobre 2017) <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?jsessionid=A24343741B9F9B6AE64BAE56D0057294.tpdjo12v_1?cidTexte=LEGITEXT000006070721&idArticle=LEGIARTI000006426468&dateTexte=20101117&categorieLien=id#LEGIARTI000006426468>

⁸⁰ JOUSSELME, C, *Comprendre l'enfant malade : Du traumatisme à la restauration psychique*, Psychothérapies, éd. : Dunod, juin 2014, p.39

⁸¹ HESBEEN W., *Prendre soin à l'hôpital*, éd. : Masson, mars 1997, p.26

⁸² VAN BROECK, N., VAN RILLAER, J., *L'accompagnement psychologique des enfants malades*, éd. : Odile Jacob, janvier 2012, p.16

⁸³ Ibidem, p.16

développer des conduites inadaptées, en particulier des réactions d'anxiété sociale »⁸⁴. Face à la maladie, l'enfant peut réagir de plusieurs façons : « refus », « fuite en avant », « phénomènes d'angoisse »⁸⁵. La maladie est vécue comme une « agression de l'image du corps »⁸⁶. Image du corps, qui initialement est un moyen de pouvoir, comme le cite Françoise Dolto, pédiatre et psychanalyste, « entrer en communication avec autrui »⁸⁷. Si cette image du corps est atteinte, alors la communication avec l'autre devient altérée. Et c'est parce qu'il ne comprend pas sa maladie que l'enfant peut s'isoler lui-même ou se sentir exclu de sa famille comme de la société. Il peut se sentir non soutenu et non écouté par l'adulte. Par ailleurs, si certains enfants vivent difficilement la maladie, il n'est pas rare de voir que pour d'autres elle va « être un langage ».⁸⁸ En effet, elle devient « un moyen inconscient et involontaire » que possède l'enfant « pour se faire entendre ». Elle doit alors être considérée comme « une décharge d'agressivité, mais aussi une demande de réparation ou un appel à l'aide »⁸⁹.

En étant malade, il ne faut pas oublier que l'enfant est le mieux placé pour savoir ce qui ne va pas chez lui. Comme le démontre Kipman, psychanalyste, l'enfant reste « celui qui connaît le mieux sa maladie ». Il « n'a pas toujours les moyens ni l'audace d'exprimer et de rationaliser cette connaissance mais a toujours son idée »⁹⁰. Pour aider l'enfant, il est alors important « d'avoir une vue d'ensemble des défis émotionnels, cognitifs et sociaux que l'enfant doit relever pour s'épanouir »⁹¹. Il est important de se souvenir que l'enfant est un acteur de sa maladie ou de la cause organique ou psychique le conduisant à être hospitalisé. Mais parfois, il peut être difficile de le considérer en tant qu'acteur, car l'enfant malade reste « dépendant de ses parents ». Pour lui, ses parents sont « les seuls à pouvoir le rassurer face aux souffrances liées à sa maladie »⁹². C'est pourquoi leur présence dans la chambre et lors des soins, s'ils le souhaitent, reste primordiale. Mais il ne faut pas oublier que même en étant malade, l'enfant doit pouvoir continuer à « s'autonomiser et grandir »⁹³. Pour Freud, il est important que l'enfant, même malade, sache « se distancier » de ses parents pour continuer à se développer.

⁸⁴ VAN BROECK, N., VAN RILLAER, J., *L'accompagnement psychologique des enfants malades*, éd. : Odile Jacob, janvier 2012, p.16

⁸⁵ JOUSSELME, C., *Comprendre l'enfant malade : Du traumatisme à la restauration psychique*, Psychothérapies, éd. : Dunod, juin 2014, p.44

⁸⁶ Op. cit., p.40

⁸⁷ Op. cit., p.41

⁸⁸ GUENICHE K, Le psychologue, l'enfant et les sortilèges de la maladie, *Le Journal des Psychologues*, n°254, janvier 2008, p.26

⁸⁹ Ibidem

⁹⁰ KIPMAN, SD, *L'enfant et les sortilèges de la maladie*, éd. : Stock, 1981, p.45

⁹¹ Op. cit., p.16

⁹² JOUSSELME, C., *Comprendre l'enfant malade : Du traumatisme à la restauration psychique*, Psychothérapies, éd. : Dunod, juin 2014, p.46

⁹³ Ibidem

Pour conclure cette partie, nous pouvons reprendre ce qu'a dit le docteur Philippe Goyens lors de la table ronde du 2 juillet 1997 : « *la pédiatrie se caractérise par une très grande responsabilité sociale. Outre la prise en charge de son bien-être, nous devons faire de l'éducation, de l'accompagnement, de la prévention* ». Toutefois, « *un service pédiatrique hospitalier est sans aucun doute le dernier endroit où devrait se trouver un enfant malade* »⁹⁴

Nous avons vu dans l'ensemble de cette partie, que les enfants sont devenus importants aux yeux de l'Etat et au sein de la famille. Avant, ils n'étaient pas considérés, aujourd'hui, il devient « *presque impensable qu'un enfant puisse mourir ou être malade* »⁹⁵. Aujourd'hui à l'hôpital, « *chaque enfant est un être unique, en pleine évolution, avec ses propres besoins physiologiques, psychoaffectifs et sociaux indissociables. Ce qui exige une formation spécifique* »⁹⁶ : celle de l'infirmière puéricultrice.

B. L'INFIRMIERE PUERICULTRICE

a) L'émergence d'une nouvelle infirmière :

C'est en 1865 que naît le terme « puériculture », lorsque le médecin Caron, en 1864 « *propose de concrétiser les efforts entrepris pour protéger l'enfance en rassemblant toutes les recherches dans une même science* »⁹⁷. La puériculture est définie comme « *la science d'élever hygiéniquement et physiologiquement les enfants* »⁹⁸. Pendant longtemps, cette discipline a fait l'objet d'un enseignement que les médecins refusent de prendre en charge « *de crainte qu'elle ne dévalorise leur fonction* »⁹⁹. C'est alors la sage-femme, qui semble la mieux formée dans le domaine de la puériculture. Cependant c'est une profession qui pendant longtemps s'est battue pour acquérir le « *statut de profession libérale* »¹⁰⁰. Les sages-femmes refusent d'être à la direction des crèches et des pouponnières. C'est alors qu'en 1920, un nouveau diplôme se crée : celui de la « *visiteuse d'hygiène maternelle et infantile* »¹⁰¹.

⁹⁴ Ethica clinica, L'enfant à l'hôpital : pour une métamorphose de la médecine, revue francophone d'éthique des soins de santé, septembre 1997, p.4

⁹⁵ JOUSSELME, C, *Comprendre l'enfant malade : Du traumatisme à la restauration psychique*, Psychothérapies, éd. : Dunod, juin 2014, p.71

⁹⁶ Ministère des affaires sociales et de l'intégration, Programme des études préparant au diplôme d'Etat de puéricultrice, Arrêté du 13 juillet 1983, préambule p.3

⁹⁷ SELLENET, C, *Les puéricultrices au cœur de l'enfance*, éd. : Hommes et perspectives, mai 2002, p.19

⁹⁸ Op. cit, p.11

⁹⁹ Op. cit, p.22

¹⁰⁰ Ibidem

¹⁰¹ SELLENET, C, *Les puéricultrices au cœur de l'enfance*, éd. : Hommes et perspectives, mai 2002, p.22

Ancêtre de la profession de puéricultrice, cette visiteuse est considérée par le docteur Mauriquand, comme une infirmière qui « *doit être, l'éducatrice technique par excellence des mères* »¹⁰². Par la suite, le diplôme d'Etat infirmier voit le jour en 1922.

Quelques années plus tard, le 13 août 1947, que le diplôme d'Etat de la puéricultrice est créé par le professeur Lelong. Ce nouveau diplôme va de pair avec le besoin d'avoir un acteur de santé qui se consacre à l'enfant. Pour Lelong, la puéricultrice se doit d'être une infirmière dont le rôle « *est l'exécution des soins spécialisés à l'enfant. Elle est l'aide technique du pédiatre, de la même manière que la sage-femme est l'aide technique du gynécologue accoucheur. Il ne faut pas vouloir être puéricultrice si on ne veut pas manipuler le nourrisson, le tenir dans les bras [...]. La puéricultrice est l'infirmière spécialisée pour les soins à donner aux enfants et particulièrement à ceux qui sont les plus difficiles : les nourrissons, les nouveau-nés, les prématurés. Elle est l'œil du médecin, appliqué de manière permanente sur l'enfant, elle doit savoir voir à la place du médecin et bien noter leurs symptômes. Elle ne doit pas être la remplaçante du médecin, ni un faux médecin. Elle n'a pas à faire de diagnostic, mais elle doit avoir une formation telle qu'elle ait la connaissance de symptômes de début des maladies, qu'elle soit capable mieux que la mère et à la place de la mère – qui trop souvent ne le fait pas ou mal – d'alerter le médecin. Elle est l'œil qui voit tout, qui voit de manière permanente, continue et qui voit à temps. La deuxième tâche très spéciale est l'exécution des prescriptions du médecin. La troisième tâche en corrélation avec la deuxième est l'éducation, la puéricultrice est l'éducatrice sanitaire la plus qualifiée. L'éducation se fait par l'exemple* »¹⁰³. Dans le domaine de la santé mentale, l'émergence de cette nouvelle profession devient indispensable. Pour le professeur Soulé, pédopsychiatre, la puéricultrice est considéré comme « *un maillon essentiel et peut-être semble-t-il, au fur et à mesure, primordial. Tout d'abord elle doit observer l'enfant. Celui-ci va, dans ses jeux, dans ses activités, s'exprimer par de nombreuses questions qui le concernent directement et, plus particulièrement, il peut montrer ce qu'on appelle des symptômes. C'est la puéricultrice qui peut le voir le mieux, au moment même où ils apparaissent, ce sera au médecin psychiatre d'en analyser la structure. La mère parlera plus spontanément à la puéricultrice qu'elle ne le fera à un médecin [...]. Ainsi, les puéricultrices gardent toute leur autorité au sein de l'équipe dans laquelle elles travaillent, auprès des parents et de la mère, et elles restent ici de véritables conseillères* »¹⁰⁴.

¹⁰² SELLENET, C, *Les puéricultrices au cœur de l'enfance*, éd. : Hommes et perspectives, mai 2002, p.22

¹⁰³ Op. cit., p.28-29

¹⁰⁴ Op. cit, p.30

Nous pouvons nous rendre compte que cette nouvelle infirmière que devient la puéricultrice dispose désormais, en plus de sa formation initiale, de toutes les connaissances et les compétences nécessaires à la prise en charge d'un enfant, en tenant compte de ses besoins physiologiques et psychoaffectifs. La puéricultrice devient « *l'œil attentif, vigilant et spécialisé, mais elle est aussi l'oreille qui récolte des informations intimes* »¹⁰⁵ sur l'enfant et nécessaires au médecin.

b) La puéricultrice, une infirmière spécialisée :

« *Choisir de devenir puéricultrice, c'est s'engager dans la voie de la reconnaissance a priori des potentialités de l'enfant ; c'est être convaincu que grandir, se développer et s'épanouir, exigent un environnement familiale et social favorable ; c'est vouloir contribuer au respect des besoins fondamentaux des enfants, durant toute leur croissance, et à la préservation de leur droit* »¹⁰⁶. Par le biais de sa formation complémentaire, la puéricultrice porte une attention toute particulière à la promotion, « *la prévention et à la protection de la santé de l'enfance et de la famille* »¹⁰⁷. Son travail « *est celui d'une infirmière généraliste, spécialiste des soins à l'enfant* »¹⁰⁸. C'est pourquoi ses responsabilités et obligations restent régies par les règles professionnelles rédigées dans le *Code de la Santé Publique*¹⁰⁹ relevant du corps infirmier. Le rôle de la puéricultrice, se différencie de celui de l'infirmière, car, pour reprendre les mots du *Guide de la Puéricultrice*, « *il s'enracine dans une dynamique d'accompagnement de l'enfant et de sa famille, dans des moments particuliers de leur vie, de leur histoire* »¹¹⁰. La puéricultrice est un soutien pour les enfants mais aussi pour les parents. Elle est capable de mettre en place un projet de soin qui prend en charge l'enfant dans sa globalité. Elle doit considérer l'enfant « *comme une « personne », vivant dans une famille ou une institution, « avec son histoire propre » et « ses besoins singuliers* ». »¹¹¹ Elle porte également une attention aux parents en respectant « *leur place auprès de leur enfant lors de la prise en charge institutionnelle* »¹¹² et sait les soutenir dans les moments difficiles.

¹⁰⁵ SELLENET, C, *Les puéricultrices au cœur de l'enfance*, éd. : Hommes et perspectives, mai 2002, p.30

¹⁰⁶ GRASSIER, J, *Le guide de la puéricultrice : prendre soin de l'enfant de la naissance à l'adolescence*, éd. : Elsevier-Masson, janvier 2008, p.3

¹⁰⁷ Op. cit, p.4

¹⁰⁸ Ibidem

¹⁰⁹ CODE DE LA SANTE PUBLIQUE, Décret n°2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux règles liées à l'exercice de de la profession infirmière, Journal officiel n°183 du 8 août 2004, (page consultée en octobre 2017), livre III, titre 1^{er}, art. R.4311-1 et suivants : <<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000421679&categorieLien=id>>

¹¹⁰ GRASSIER, J, *Le guide de la puéricultrice : prendre soin de l'enfant de la naissance à l'adolescence*, éd. : Elsevier-Masson, janvier 2008, p.5

¹¹¹ Ibidem

¹¹² Ibidem

Si la puéricultrice apporte autant de soutien à l'enfant et sa famille, c'est parce qu'elle agit dans le respect de ses valeurs professionnelles et de ses compétences relationnelles. Valeurs et compétences qui sont acquises dès la formation infirmière et qui se renforce avec l'expérience et le vécu personnel du soignant.

c) Les valeurs et compétences relationnelles de l'infirmière puéricultrice :

Par le biais de sa formation infirmière, la puéricultrice a acquis de nombreuses valeurs professionnelles. Ces valeurs sont essentielles et guident les actions infirmières à la fois dans le soin technique et relationnel. Infirmier et infirmière, spécialisé ou non, s'engage à respecter ces valeurs professionnelles propres à la profession : « *L'intégrité* » par le devoir d'être honnête dans son exercice professionnel. « *L'autonomie et la dignité de la personne* » en reconnaissant que le patient est un être singulier qui a droit à la vie privée mais aussi à l'autonomie. C'est pourquoi le soignant doit toujours pouvoir rechercher l'autonomie du patient, et ne pas faire à sa place mais avec lui. « *Le bien-être et la sécurité du patient* », par la qualité des soins que le soignant pourra offrir à la personne soignée. « *La justice et l'équité dans les soins* », en évitant toute discrimination du patient dans l'accès aux soins. Le soignant a le devoir de connaître ses limites en termes d'exercice professionnel pour ne jamais aller au-delà de son champ de compétences.

L'infirmière puéricultrice doit respecter ces différentes valeurs professionnelles lorsqu'elle prend en charge un enfant. Il est important de préciser que vont s'ajouter à l'ensemble de ses valeurs celles qui lui sont propres, celles qui l'ont construit avant de devenir infirmière. Parmi ces valeurs, nous pouvons retrouver les compétences relationnelles, qui par le biais de son expérience comme étudiante infirmière, infirmière, étudiante puéricultrice puis puéricultrice, vont se développer de façon constructive.

Ces compétences relationnelle représentent les capacités que va avoir une personne à établir un rapport avec une autre, « *s'intéresser à elle pour faciliter l'échange et la communication* », à écouter et « *entrer dans le monde de l'autre, sans pour autant être forcément en accord* »¹¹³.

¹¹³ ALPIN, De quelles compétences relationnelles parle-t-on ?, (page consultée en septembre 2017), <<http://alpin.pro/competencesrelat.html>>

L'Organisation Mondiale de la Santé définit ces compétences relationnelles comme des « *compétences psychosociales* »¹¹⁴. Il s'agit de « *l'aptitude d'une personne à maintenir un état de bien-être mental, en adoptant un comportement approprié et positif à l'occasion des relations entretenues avec les autres, sa propre culture et son environnement* ». Elle en identifie dix : « *Savoir résoudre les problèmes et savoir prendre des décisions, avoir une pensée critique et avoir une pensée créatrice, savoir communiquer efficacement et être habile dans les relations interpersonnelles, avoir conscience de soi et avoir de l'empathie pour les autres, savoir gérer son stress et savoir gérer ses émotions* ».¹¹⁵ Devant chacune de ces compétences relationnelles, de nombreux concepts apparaissent : celui de l'empathie, de la bienveillance, de la bienfaisance et non-malfaisance et de la bienveillance. Il est important de pouvoir s'intéresser à ses compétences relationnelles car elles sont nécessaires à la formation d'infirmière puéricultrice.

L'empathie est pour Freud « *un processus qui consiste à se mettre dans la position d'un autre, consciemment ou inconsciemment* »¹¹⁶. Il est traduit de l'anglais « *empathy* » et du grec « *empathia* » qui étymologiquement signifie « *s'identifier à quelqu'un, souffrir avec* »¹¹⁷. Ce terme est redéfini dans les années 1950 et se place au cœur « *des techniques de counselling* » qui sont « *des techniques d'aide, de soutien et de résolution de problèmes proposées à des personnes qui ne relèvent pas de soins* »¹¹⁸. L'empathie est souvent rattachée à la « *sympathie* », mais il s'agit de deux termes bien distincts. Pour comprendre, « *il est possible d'avoir une compréhension empathique forte du point de vue de l'autre et de ses émotions sans éprouver pour lui la moindre sympathie, voire se servir de cette empathie pour lui nuire* »¹¹⁹. La sympathie, terme utilisé par les philosophes des Lumières et Adam Smith, désigne « *l'union affective entre les personnes* »¹²⁰. Contrairement à l'empathie, elle est surtout « *une intention* » envers autrui plutôt « *qu'une compréhension d'autrui* »¹²¹. Il existe trois significations qui permettent de décrire ce qu'est l'empathie. On distingue d'abord

¹¹⁴ SANTE PUBLIQUE France, Développer les compétences psychosociales des enfants et des jeunes, 2016, (page consultée en septembre 2017),

<<http://inpes.santepubliquefrance.fr/30000/actus2015/026-competences-psychosociales-enfants.asp>>

¹¹⁵ SANTE PUBLIQUE France, Développer les compétences psychosociales des enfants et des jeunes, 2016, (page consultée en septembre 2017),

<<http://inpes.santepubliquefrance.fr/30000/actus2015/026-competences-psychosociales-enfants.asp>>

¹¹⁶ LACHAL C, Bébés, enfants et soignants, sortir ensemble des catastrophes, *Cahiers de la puéricultrice*, juin-juillet 2011, n°248, p.24

¹¹⁷ FORMARIER, M, *Les concepts en sciences infirmières*, 2^{ème} édition, éd. : ARSI, 2012, p.154

¹¹⁸ LACHAL C, Bébés, enfants et soignants, sortir ensemble des catastrophes, *Cahiers de la puéricultrice*, juin-juillet 2011, n°248, p.26

¹¹⁹ Op. cit, p.24

¹²⁰ DORTIER, J-F., Empathie et bienveillance, révolution ou effet de mode, *Sciences Humaines*, Juin 2017, n°293, p.27

¹²¹ LACHAL C, Bébés, enfants et soignants, sortir ensemble des catastrophes, *Cahiers de la puéricultrice*, juin-juillet 2011, n°248, p.24

« l'empathie cognitive »¹²² qui désigne la capacité de « comprendre ce que pense l'autre »¹²³, comprendre ses pensées et ses intentions. Ensuite, « l'empathie affective » qui est « la capacité à comprendre non pas les pensées, mais les émotions d'autrui ». Ainsi, une personne peut « percevoir la tristesse ou l'inquiétude de l'autre sans l'éprouver soi-même »¹²⁴. Cette empathie affective peut devenir « perverse » quand cette même personne va se réjouir du malheur de l'autre. La troisième signification est celle de « l'empathie « compassionnelle » », que l'on peut également appeler « sollicitude ». Ici, l'empathie « ne consiste pas simplement à constater la souffrance ou la joie d'autrui, mais suppose une attitude bienveillante à son égard. »¹²⁵. Il s'agit ainsi de « ressentir ce que ressent l'autre »¹²⁶. Devant ces trois significations, on remarque que l'empathie n'est pas synonyme de « fusion avec l'autre », mais elle est plutôt synonyme de « partage avec l'autre » et de « différenciation de soi-même et de l'autre »¹²⁷. L'empathie est souvent associée à la bienveillance.

La « bienveillance » est notre « capacité à se montrer indulgent, gentil et attentionné envers autrui d'une manière désintéressée et compréhensive »¹²⁸. Selon le Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales il s'agit de la « qualité d'une volonté qui vise le bien et le bonheur d'autrui », elle est une « disposition particulièrement favorable à l'égard de quelqu'un »¹²⁹. Pour l'Agence Nationale de l'Evaluation et de la qualité des établissements et services Sociaux et Médico-sociaux (ANESM), « la notion de bienveillance, plus récente dans sa déclinaison professionnelle, se situe au niveau de l'intention des professionnels. Elle consiste à aborder l'autre, le plus fragile, avec une attitude positive et avec le souci de faire le bien pur lui. [...] dans ce concept, il convient de retenir l'importance de l'intention envers l'autre, intention que viendront soutenir et expliciter le projet individuel d'accompagnement et le projet d'établissement et de service »¹³⁰. La bienveillance est présentée comme « une pierre angulaire, un trait d'union, permettant de lier les impératifs de la prise en charge soignante et la préservation de l'autonomie des personnes soignées »¹³¹. La charte de

¹²² DORTIER, J-F., Empathie et bienveillance, révolution ou effet de mode, *Sciences Humaines*, Juin 2017, n°293, p.27

¹²³ LACHAL, C, Bébés, enfants et soignants, sortir ensemble des catastrophes, *Cahiers de la puéricultrice*, juin-juillet 2011, n°248, p.24

¹²⁴ DORTIER, J-F., Empathie et bienveillance, révolution ou effet de mode, *Sciences Humaines*, Juin 2017, n°293, p.28

¹²⁵ Ibidem

¹²⁶ LACHAL C, Bébés, enfants et soignants, sortir ensemble des catastrophes, *Cahiers de la puéricultrice*, juin-juillet 2011, n°248, p.24

¹²⁷ Ibidem

¹²⁸ L'internaute : <http://www.linternaute.com/dictionnaire/fr/definition/bienveillance/> (page consultée en mai 2017).

¹²⁹ Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales : <<http://www.cnrtl.fr/lexicographie/bienveillance>>, (page consultée en mai 2017).

¹³⁰ ANESM, *La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre*, Recommandations des bonnes pratiques professionnelles, Nancy, juillet 2008, p.12

¹³¹ BORNAND, E, NIRELLO, L, La notion de bienveillance du point de vue du chercheur, *Soins Cadres*, n°89, février 2014, p.42

bienveillance d'un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes indique que « *les êtres comptent toujours plus que les choses ou que les actes. Cette charte a pour projet de promouvoir le mieux-être des résidents, tout en donnant aux soignants un cadre de travail serein et motivant* »¹³². La bienveillance ne « *s'arc-boute pas sur la notion de bien, qu'elle présuppose comme horizon, mais vise l'attitude (l'éthos) envers le patient* »¹³³. En clair, « *être bienveillant est à la fois une tournure d'esprit, un trait du cœur et de la raison vers et pour l'autre, qui le place au centre de son action* »¹³⁴.

Nous allons désormais nous intéresser au terme de « bienfaisance ». Pour la définir, nous devons savoir qu'« *en quelques années, nous sommes passés d'une éthique de la bienfaisance (faire le bien pour le patient et l'utilisateur) à une éthique de la bientraitance (bien traiter le patient et l'utilisateur)* »¹³⁵. Selon le Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales, il s'agit de la « *qualité de celui ou celle qui prodigue ses bienfaits à autrui, tendance à faire du bien* »¹³⁶. Selon le Rapport Belmont, publié en 1979, « *les personnes sont traitées avec éthique si leurs décisions sont respectées et si elles sont protégées contre les dommages éventuels, et si des efforts sont faits pour assurer leur bien-être* »¹³⁷. C'est « *ce type de traitement qui entre dans le cadre du principe de la bienfaisance* ». Toujours dans ce rapport, « *le terme « bienfaisance » est souvent compris comme couvrant des actes de gentillesse ou de charité allant au-delà de ce qui est strictement obligatoire* ». Elle est une « *obligation* » pour les professionnels de la recherche car cette notion « *figure dans une réflexion concernant la protection des sujets humains dans le cadre de la recherche* »¹³⁸. Elle est définie par deux règles générales : « *ne faites pas de tort (1) ; et (2) maximisez les avantages et minimisez les dommages possibles* »¹³⁹. Pour l'Agence Nationale de l'Évaluation et de la qualité des établissements et services Sociaux et Médico-sociaux (ANESM) : La bienfaisance représente d'une part l'« *absence de tort faite à l'autre* » et d'autre part un « *équilibre à trouver au sein des pratiques entre ce qui apportera un bénéfice et ce qui causera du tort à l'utilisateur* »¹⁴⁰.

¹³² Ibidem

¹³³ GRASSIN, M, WANQUET-THIBAUT, P, L'éthique de la bientraitance, *Soins*, n°805, mai 2016, p.27

¹³⁴ Ibidem

¹³⁵ GRASSIN, M, WANQUET-THIBAUT, P, L'éthique de la bientraitance, *Soins*, n°805, mai 2016, p.27

¹³⁶ Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales : <http://www.cnrtl.fr/lexicographie/bienfaisance>, (page consultée en mai 2017)

¹³⁷ Rapport Belmont, *Principes éthiques et directives concernant la protection des sujets humains dans le cadre de la recherche*, 1979, p.6

¹³⁸ ANESM, *La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre*, Recommandations des bonnes pratiques professionnelles, Nancy, juillet 2008, p.12

¹³⁹ Rapport Belmont, *Principes éthiques et directives concernant la protection des sujets humains dans le cadre de la recherche*, 1979, p.6

¹⁴⁰ ANESM, *La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre*, Recommandations des bonnes pratiques professionnelles, Nancy, juillet 2008, p.12

Cette notion est parfois difficile à intégrer pour les soignants car elle fait partie de ces valeurs, avec la non-malfaisance et la justice, « *qui découlent d'une part d'un souci fondamental de faire le bien- d'obtenir les meilleures conséquences possibles-et d'autres part de faire le juste- de respecter des règles de vie* »¹⁴¹. Quand nous parlons de « non-malfaisance », nous évoquons un principe de bioéthique qui est l'obligation de ne pas porter atteinte ou ne pas nuire à la personne, que ce soit au niveau physique, psychologique, social et spirituel. La « non-malfaisance » fait partie intégrante du Serment d'Hippocrate : « *Je dirigerai le régime des malades à leur avantage, suivant mes forces et mon jugement, et je m'abstiendrai de tout mal et de toute injustice. Je ne remettrai à personne du poison, si on m'en demande, ni ne prendrai l'initiative d'une pareille suggestion* ». Etre non-malfaisant, c'est savoir s'abstenir de commettre des actions qui pourraient entraîner des conséquences pouvant nuire à autrui. La « non-malfaisance », c'est, comme le stipule l'article 16-3 du Code Civil relatif au respect du corps humain, de ne pas porter « *atteinte à l'intégrité du corps humain* » sauf si cette intégrité du corps humain est justifiée par « *la nécessité médicale [...] dans l'intérêt thérapeutique d'autrui* ».

Pour en venir à la « bientraitance », aujourd'hui nous ne parlons plus « *d'éthique de la bienfaisance* » mais plutôt « *d'éthique de la bientraitance* ». Cette « bientraitance » est un concept qui s'inscrit « *dans les notions de bienfaisance et de bienveillance* »¹⁴². Ce concept « *voit le jour dans les années quatre-vingt-dix au sein du comité de pilotage ministériel de « L'opération pouponnières »*. Cette opération avait pour objectif de rendre plus humain l'accueil de très jeunes enfants »¹⁴³ « *car la bientraitance des plus vulnérables d'entre les siens et l'enjeu d'une société tout entière, un enjeu d'humanité* »¹⁴⁴. A partir des années 2000, ce concept, d'origine française, devient courant car « *utilisé par des pédagogues, éducateurs, travailleurs sociaux et, depuis peu, par les professionnels de la santé* »¹⁴⁵. C'est en 2013 que le terme « bientraitance », opposé au concept de maltraitance, fait son apparition dans le dictionnaire. Dans le *Petit Larousse*, la bientraitance se définit comme le « *fait de bientraiter un enfant, une personne âgée ou dépendante, un malade, etc... ; l'ensemble des bons traitements eux-mêmes* ». Nous pouvons remarquer qu'il est « *l'association de deux mots* :

¹⁴¹ HURST, S, Bienfaisance, non malfaisance, justice : aussi à l'avenir ?, 17 juin 2009, (page consultée en septembre 2017), <http://www.academia.edu/2820647/Bienfaisance_non-malfaisance_justice_aussi_%C3%A0_l_avenir>

¹⁴² FORMARIER, M, *Les concepts en sciences infirmières*, 2^{ème} édition, éd. : ARSI, 2012, p.93

¹⁴³ <http://www.bientraitance.fr/definition-bientraitance/>, (page consultée en mai 2017)

¹⁴⁴ FORMARIER, M, *Les concepts en sciences infirmières*, 2^{ème} édition, éd. : ARSI, 2012, p.92

¹⁴⁵ GRAZ, B, La « bientraitance », exploration du concept et essai d'utilisation en santé publique, *Santé publique*, n°1, janvier 2009, volume 21, p.91

« bien » et « traiter »¹⁴⁶. Pour Catherine Defresne, cadre de santé, « le bien fait appel à ce qui est conforme à un idéal, à la morale, à la justice. C'est également ce qui fonde toute valeur : faire le bien, à contrario de faire le mal »¹⁴⁷. Pour le Dr. Michel Manciaux, la « bientraitance » c'est aussi « traiter bien, c'est-à-dire aimer ou au moins respecter ceux qui nous sont confiés [...] elle est souhaitable aussi dans toutes nos relations humaines, qu'elles soient professionnelles ou sociales »¹⁴⁸. A l'hôpital, cette « bientraitance » est « une notion positive », elle « n'est pas seulement ne pas maltraiter », elle n'est pas non plus « l'envers de la maltraitance »¹⁴⁹. Non, au sein même de l'hôpital, elle est « un état d'esprit, une exigence éthique de la relation soignant-soigné. Il s'agit de donner au soigné la possibilité d'exister avec tout ce qu'il est »¹⁵⁰. Pour Danielle Rapoport, psychologue clinicienne, la bientraitance c'est savoir « rechercher activement des moyens permettant de ne pas se laisser envahir par le découragement provoqué par la complexité des situations de maltraitance »¹⁵¹. C'est toujours rechercher une « posture professionnelle de bientraitance », c'est-à-dire, « une manière d'être, d'agir, et de dire, soucieuse de l'Autre, réactive à ses besoins et à ses demandes, respectueuse de ses choix et de ses refus. »¹⁵².

En résumé, la « bientraitance » pourrait être définie « comme la recherche permanente, pour le professionnel, de la nécessité de « faire le bien avec le patient et/ou l'utilisateur dès lors qu'il est reconnu comme sujet à un moment de son parcours de vie », c'est-à-dire en adaptant constamment ses savoirs à la situation présente, dans un environnement institutionnel adapté »¹⁵³. « Bientraiter serait donc bien soigner, bien étudier et par extrapolation, bien prendre l'autre en charge, être dans le prendre soin avec toutes les valeurs morales et éthiques que cela implique »¹⁵⁴. Selon l'ANESM, la « bientraitance » « vise à promouvoir le bien-être de l'utilisateur en gardant présent à l'esprit le risque de maltraitance »¹⁵⁵. Elle trouve ses fondements dans le respect de la personne, de sa dignité et de sa singularité, ceux qui nous ramènent aux valeurs professionnelles relatives à la profession d'infirmière.

¹⁴⁶ PEOC'H, N, Bientraitance et éthique du care, *Recherche en soins infirmiers*, n°105, juin 2011, p.6

¹⁴⁷ FORMARIER, M, *Les concepts en sciences infirmières*, 2^{ème} édition, éd. : ARSI, 2012, p.92

¹⁴⁸ PEOC'H, N, Bientraitance et éthique du care, *Recherche en soins infirmiers*, n°105, juin 2011, p.6

¹⁴⁹ QUINON, M, La bientraitance, qu'est-ce à dire ?, *Soins aides-soignantes*, volume 2, n°6, octobre 2005, p.14

¹⁵⁰ Ibidem

¹⁵¹ FORMARIER, M, *Les concepts en sciences infirmières*, 2^{ème} édition, éd. : ARSI, 2012, p.92

¹⁵² Op. cit, p.93

¹⁵³ GRASSIN, M, WANQUET-THIBAUT, P, L'éthique de la bientraitance, *Soins*, n°805, mai 2016, p.28

¹⁵⁴ FORMARIER, M, *Les concepts en sciences infirmières*, 2^{ème} édition, éd. : ARSI, 2012, p.92

¹⁵⁵ ANESM, *La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre*, Recommandations des bonnes pratiques professionnelles, Nancy, juillet 2008, p.14

Ainsi, à travers cette partie, nous pouvons remarquer que chacune de ces compétences relationnelles sont finalement liées. En effet, pour l'ANESM, la bientraitance « *naît dans un champ professionnel marqué par plusieurs concepts importants* » : la bienfaisance et la bienveillance qui sont « *à la fois préparatoires et complémentaires de la notion de bientraitance* »¹⁵⁶. De plus, si « *bientraiter* » c'est savoir « *prendre soin* », comme nous avons pu le voir précédemment, alors le fait d'être bienveillante, bienfaisante, non-malfaisante et d'être dans l'empathie, sont des compétences qui vont aider l'infirmière puéricultrice à être dans une attitude de « *prendre soin* » de l'enfant.

¹⁵⁶ ANESM, *La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre*, Recommandations des bonnes pratiques professionnelles, Nancy, juillet 2008, p.12

2. LE CADRE CONCEPTUEL

A. « PRENDRE SOIN » DE L'ENFANT

Avant d'aborder le « prendre soin », il est important de rappeler l'origine du mot « soin ». Ce mot nous renvoie « *au souci, au fait que la personne s'inquiète pour autrui* »¹⁵⁷. Pour Alain de Broca, il existe des synonymes au verbe « soigner » qui mettent l'accent sur « *l'attention portée à autrui* »¹⁵⁸. En voici quelques exemples repris dans son ouvrage : « *s'occuper de, traiter, choyer, gâter, [...] ou encore plus familièrement chouchouter ou bichonner* ». Autant de mots qui mettent en avant cette action « *remplie de douceur, d'affection, de tact et de mesure* »¹⁵⁹. Etymologiquement, le « soin » signifie : « *se soucier de, s'intéresser à, avec l'idée de devoir prendre en charge et de veiller sur* »¹⁶⁰. Traduit dans différentes langues : « *care* »¹⁶¹ en anglais et « *sorgen* »¹⁶² en allemand, le terme de soin renvoie à la fois à la disponibilité, l'attention, le service mais également au souci du plus faible. Depuis les années 1980, le concept du « care » est utilisé « *pour caractériser cette approche particulière qui non seulement nous fait nous soucier des autres, mais qui nous pousse aussi à agir en conséquence* »¹⁶³. Ainsi, le care serait « *la capacité de sympathiser avec autrui, qui loin d'être une qualité féminine innée, doit être considéré comme un attribut de la nature humaine dont nous avons collectivement un grand besoin* »¹⁶⁴. Il faut comprendre ainsi que le soin « *est une relation interpersonnelle de nature éthique, mais il est aussi au cœur du lien social* »¹⁶⁵. Il renvoie donc à la « *dimension de la veille que l'un doit exercer sur l'autre. Il agit tout autant de sur-veiller le malade dans son lit d'hôpital que de faire preuve de bien-veillance à son égard. Mal-veiller, dans ce contexte, c'est ne pas veiller, c'est laisser le plus démuné seul avec lui-même, ou manquer d'anticipation ou de prévision* »¹⁶⁶. Il ne faut pas confondre les termes « soigner » et « traiter ». Tout comme, en reprenant la définition de l'Organisation Mondiale de la Santé, il ne faut pas confondre « santé » et « absence de maladie ». « Traiter » vient du latin *cura*. Ainsi il est « *un ensemble de moyens dont la visée*

¹⁵⁷ BROCA A, *Le soin est une éthique*, éd. : Séli arslan, février 2014, p.15

¹⁵⁸ Ibidem

¹⁵⁹ Ibidem

¹⁶⁰ Op. cit, p.17

¹⁶¹ Op. cit, p.16

¹⁶² Op. cit, p.16-17

¹⁶³ SVANDRA P, *Eloge du soin : une éthique au cœur de la vie*, éd. : Séli arslan, février 2009, p.135

¹⁶⁴ Op. cit, p.138

¹⁶⁵ Op. cit, p.16

¹⁶⁶ BROCA A, *Le soin est une éthique*, éd. : Séli arslan, février 2014, p.22

*est essentiellement thérapeutique, d'où l'adjectif « curatif »*¹⁶⁷. « Soigner », c'est avant tout « chercher à satisfaire au bien-être de la personne d'un point de vue physique, psychologique, social et spirituel. Il est dès lors habituel de le traduire par « prendre soin » »¹⁶⁸.

Pour en venir au « prendre soin », lorsque Walter Hesbeen, infirmier, l'évoque, il le définit comme « l'intention de porter une attention particulière à une personne qui vit une situation qui lui est particulière et ce dans une perspective de lui venir en aide, de contribuer à son bien-être, à sa santé »¹⁶⁹. Dans son livre, « Prendre soin à l'hôpital »¹⁷⁰, Walter Hesbeen nous montre que prendre soin d'une personne malade, c'est « témoigner » à cette personne qu'elle « existe pour autrui ». C'est savoir reconnaître sa « dignité » quelques soient ses capacités physiques ou mentales. C'est aussi être centré sur les besoins qu'elle exprime « verbalement ou corporellement ». Cela demande à celui qui « prend soin » de toujours s'adapter à la personne malade, et se montrer délicat envers elle sans l'« écraser ni l'humilier ». « Prendre soin », c'est comprendre comment, la personne soignée, devant une situation difficile, va pouvoir en « retirer un mieux-être, un mieux-vivre avec elle-même ou avec son entourage ». Pour C. Thibault, étudiante orthophoniste, « prendre soin, c'est considérer l'autre d'abord comme un homme, une femme, un enfant qui présente, au moment où il vient nous voir, un symptôme ; c'est essayer de lutter contre ce symptôme avec lui »¹⁷¹. C'est trouver des solutions pour lui apporter un bien-être. « Prendre soin est un art »¹⁷². Cet art, appelé aussi « l'art du thérapeute » met en avant le fait que ce thérapeute va réussir à s'approprier des « éléments de connaissance, d'habileté, de savoir-être, d'intuition »¹⁷³ pour pouvoir venir en aide à une personne qui en a besoin. Ce « prendre soin », qui est pour Waler Hesbeen, « la mission essentielle des différents métiers du soin qu'ils soient [...] infirmiers, infirmières »¹⁷⁴ ne doit pas se confondre avec cette notion de « prendre en charge » qui renvoi à un objet que l'on transporte, que l'on assume, que l'on endosse ou que l'on porte « à bout de bras ». Des termes qui ne s'associent pas au « prendre en soin ». La « prise en charge » quant à elle est une notion définie comme « le fait de prodiguer des soins à un patient ».

¹⁶⁷ SVANDRA Philippe, *Eloge du soin : une éthique au cœur de la vie*, éd. : Séli arslan, février 2009, p.17

¹⁶⁸ Ibidem

¹⁶⁹ FORMARIER, M. *Les concepts en sciences infirmières*, 2^{ème} édition, éd. : ARSI, 2012, p.96

¹⁷⁰ HESBEEN, W, *Prendre soin à l'hôpital : inscrire le soin infirmier dans une perspective soignante*, éd. : Masson, 1997, 208 pages.

¹⁷¹ HESBEEN, W, *Prendre soin à l'hôpital : inscrire le soin infirmier dans une perspective soignante*, éd. : Masson, 1997, Annexe II-Textes et Témoignages sur le « Prendre Soin »

¹⁷² HESBEEN, W, *Prendre soin à l'hôpital : inscrire le soin infirmier dans une perspective soignante*, éd. : Masson, 1997, p.35

¹⁷³ Ibidem

¹⁷⁴ Op. cit, p.36

La prise en charge de l'enfant « *dans un environnement extérieur au milieu familial* » nécessite que le professionnel ait « *un savoir-faire très particulier* »¹⁷⁵ pour assurer une qualité de cette prise en charge par l'accompagnement de l'enfant dans sa « *santé physique, psychique, intellectuelle et sociale* »¹⁷⁶.

La puéricultrice, concernée par cette qualité de prise en charge de l'enfant, à son savoir-faire qui « *s'organise autour du « prendre soin » de l'enfant* »¹⁷⁷. Comme le met en avant le *Guide de la Puéricultrice* : « *la finalité de la profession est la promotion de la santé de l'enfant* »¹⁷⁸. Pour contribuer à cette promotion de la santé, et donc au « prendre soin », la puéricultrice doit pouvoir évaluer les besoins de l'enfant, qui est aussi nouveau-né et adolescent. Elle doit pouvoir prévenir et dépister les différents obstacles au développement de l'enfant. Elle élabore « *à la réalisation de projets d'action à visée éducative en matière de santé* »¹⁷⁹. En clair, la puéricultrice doit « *prendre en compte l'aspect global et dynamique de la santé de l'enfant, l'aspect interactif et permanent des liens avec la famille et l'environnement de l'enfant* »¹⁸⁰ pour « prendre soin » de lui.

Parfois, cette volonté de « prendre soin de l'enfant » peut s'associer à des difficultés de prise en charge. A l'hôpital, comme nous avons pu le voir, l'enfant est souvent anxieux. Les parents, s'ils l'accompagnent, sont parfois moins rassurés que leur enfant, même s'ils essaient de le cacher. Cette anxiété peut alors devenir un obstacle à la prise en charge de l'enfant. Dans la partie qui suit, nous allons aborder le refus de soin, car il s'agit d'une situation qui est vécue quotidiennement dans le milieu hospitalier.

¹⁷⁵ GRASSIER, J, *Le guide de la puéricultrice : prendre soin de l'enfant de la naissance à l'adolescence*, éd. : Elsevier-Masson, janvier 2008, p.8

¹⁷⁶ Ibidem

¹⁷⁷ FOUILLEN J, Prendre soin de l'enfant tzigane, *Cahiers de la puéricultrice*, janvier 2014, n°273, p.31

¹⁷⁸ GRASSIER, J, *Le guide de la puéricultrice : prendre soin de l'enfant de la naissance à l'adolescence*, éd. : Elsevier-Masson, janvier 2008, p.3

¹⁷⁹ Op. cit., p.4

¹⁸⁰ TISON, B., *Soins et cultures : formation des soignants à l'approche interculturelle*, éd. : Masson, 2007, p.46

B. LE « REFUS DE SOIN » DE L'ENFANT

« Puisque le soin repose sur une relation, l'expression « refus de soin » pourrait signifier qu'une personne refuse complètement la relation »¹⁸¹. Mais comme l'explique Sébastien Rouguet, pédiatre et médecin d'adolescents, lorsqu'un enfant ou un adolescent refuse le soin, « ce n'est pas le prendre soin » qu'il refuse, « mais bien une technique (diagnostique, thérapeutique...) spécifique »¹⁸². Ainsi il ne faut pas parler de « refus de soin » mais bien de « refus d'un soin ». Ce refus de l'enfant est « un message adressé au soignant ». Par ce message, l'enfant invite le soignant à une négociation du soin « entre deux libertés »¹⁸³ : d'un côté, la liberté de l'enfant car il est acteur de sa prise en charge et à le droit d'être entendu, et de l'autre, la liberté du soignant, avec ses valeurs personnelles et professionnelles qui par l'invitation de l'enfant, va se rappeler de « l'altérité et la subjectivité de « son » patient »¹⁸⁴. Un patient en tant qu'être unique et singulier qui doit être écouté et entendu. Ainsi, par cette explication, nous pouvons noter que le refus d'un soin par l'enfant n'est pas un moyen de se confronter au soignant mais bien « une invitation au dialogue »¹⁸⁵.

A l'origine, on ne parlait pas de « refus de soin ». Le pédiatre s'étant « fondée sur un modèle paternaliste »¹⁸⁶ est le seul à prendre une décision, tout en tenant compte des principes soulevés dans le Serment d'Hippocrate. L'enfant et ses parents n'ont pas leur mot à dire. « Ceux-ci sont perçus comme incapables de décider pour leur enfant, et l'enfant n'a pas voix au chapitre »¹⁸⁷. Aujourd'hui, ce « modèle paternaliste » disparaît. L'enfant et ses parents ont accès à une information adaptée et peuvent s'exprimer et ainsi donner leur accord ou leur désaccord. C'est pourquoi le « refus d'un soin » est une situation fréquente en pédiatrie. En fonction de l'âge, l'enfant exprime son refus différemment. « Les nourrissons et jeunes enfants ne peuvent comprendre la nécessité d'un soin douloureux ou d'une immobilisation »¹⁸⁸. Entre 2 et 7 ans, âge où il se trouve dans le stade préopératoire, l'enfant va pouvoir « opérer des rapprochements pour identifier des objets » mais il ne parviendra pas à les remettre dans leurs contextes, à émettre un raisonnement logique. Ainsi, lors d'une prise de sang, en voyant l'aiguille, il ne va pas comprendre que celle-ci va être utilisée dans le but

¹⁸¹ BROCA A, *Le soin est une éthique*, éd. : Séli arslan, février 2014, p.83

¹⁸² ROUGUET, S, « C'est pour ton bien ». Face au refus de soin de l'enfant, *enfances & psy*, n°73, janvier 2017, p. 146

¹⁸³ Ibidem

¹⁸⁴ Ibidem

¹⁸⁵ ROUGUET, S, « C'est pour ton bien ». Face au refus de soin de l'enfant, *enfances & psy*, n°73, janvier 2017, p. 146

¹⁸⁶ Ibidem

¹⁸⁷ Ibidem

¹⁸⁸ ROUGUET, S, « C'est pour ton bien ». Face au refus de soin de l'enfant, *enfances & psy*, n°73, janvier 2017, p. 147

de le soigner. C'est pourquoi l'enfant souvent s'agite, il refuse le soin par les coups et l'évitement. Cette « *agitation est une réaction fréquente face à la menace, s'apparentant à une tentative de fuite* »¹⁸⁹. Entre 7 et 12 ans, stade des opérations concrètes, l'enfant acquiert cette capacité de raisonnement logique. Il découvre qu'il est capable « *d'une certaine autonomie, prêt à s'opposer aux adultes, aux parents* »¹⁹⁰. Ainsi à cet âge-là son refus s'exprime par l'opposition. Il ne veut pas que le soignant choisisse ce qui est bon pour lui. Le soignant va devoir être dans une forme de négociation pour que l'enfant se dispose « *à accepter et faire siennes les raisons proposées par d'autres (soignants, parents), et finalement se soumettre à l'adulte* »¹⁹¹. A l'adolescence, l'enfant n'est pas forcément dans « le refus d'un soin ». Il peut également être dans « l'inobservance thérapeutique » pouvant être liée à d'autres phénomènes : « *déni de la maladie, symptomatologie dépressive [...] recherche de l'illusion d'être « comme les autres », « normale* » »¹⁹². Le soignant va ainsi essayer de trouver avec l'adolescent des moyens de prise en charge pouvant lui convenir.

« *Refuser c'est dire son désaccord* ». Quand l'enfant exprime son désaccord, il n'est peut-être pas entendu par le soignant, ou alors le soignant n'est « *tout simplement pas prêt à écouter ce que l'enfant a à dire* »¹⁹³. Ce refus l'oblige à se remettre en question. Or, quand l'enfant refuse le soin, c'est qu'il « *réfute en quelque sorte ce qui lui est proposé par l'adulte qui le soigne et qui relève pourtant de l'évidence* »¹⁹⁴. Pour le soignant, le refus d'un soin n'est pas souvent compris. D'ailleurs il l'exprime à l'enfant de cette manière : « *il faut le faire, c'est pour te soigner !* »¹⁹⁵. Cette phrase, souvent entendu, montre que le soignant fait le soin toujours dans « l'intérêt de l'enfant » car il est fait pour « son bien ». Le soignant s'interroge : « *pourquoi et comment refuser ce qui est bon pour soi ?* »¹⁹⁶. Alors il va tenter de négocier avec l'enfant, de le divertir. Seulement... « *Si les explications, les techniques d'analgésies, et de distractions sont insuffisantes, il arrive qu'une contention le temps d'un soin soit décidée par une équipe soignante* »¹⁹⁷.

¹⁸⁹ ROUGUET, S, « C'est pour ton bien ». Face au refus de soin de l'enfant, *enfances & psy*, n°73, janvier 2017, p. 147

¹⁹⁰ Ibidem

¹⁹¹ Ibidem

¹⁹² ROUGUET, S, « C'est pour ton bien ». Face au refus de soin de l'enfant, *enfances & psy*, n°73, janvier 2017, p. 151

¹⁹³ LOMBART, B, *Les soins en pédiatrie : faire face au refus de l'enfant*, éd. : Seli Arlsan, octobre 2016, p.53

¹⁹⁴ LOMBART, B, *Les soins en pédiatrie : faire face au refus de l'enfant*, éd. : Seli Arlsan, octobre 2016, p.54

¹⁹⁵ Ibidem

¹⁹⁶ ROUGUET, S, « C'est pour ton bien ». Face au refus de soin de l'enfant, *enfances & psy*, n°73, janvier 2017, p. 146

¹⁹⁷ Op. cit., p.147

Quand l'enfant refuse un soin et repousse le soignant qui « *souhaite lui venir en aide* »¹⁹⁸, nous remarquons que le soignant se retrouve démuni devant la situation. Il ressent de l'incompréhension. Parfois ce « refus d'un soin » associé au comportement agité qu'adopte l'enfant peut « *déclencher des émotions négatives chez les soignants* »¹⁹⁹. Ne réussissant pas à négocier avec l'enfant et parce qu'il doit répondre à la prescription médicale, le soignant va parfois trouver comme « seule solution » le fait de contenir l'enfant, en l'immobilisant le temps du soin.

Dans la partie suivante, nous allons aborder « la contention » en reprenant dans un premier temps l'émergence de cette pratique au sein de l'hôpital, pour aborder ensuite « la contention » en pédiatrie.

C. RÉPONDRE PAR « LA CONTENTION »

a) **L'émergence d'une pratique au sein de l'hôpital :**

La contention « est un terme dont les usages sont divers ». Selon le Larousse, dictionnaire français, dans le domaine médical, elle est un « *procédé thérapeutique qui permet d'immobiliser un membre, de comprimer des tissus ou de protéger un malade agité* ». Ce terme regroupe les différents moyens mis en œuvre afin de « *limiter les capacités de mobilisation de tout ou une partie du corps ou limiter la libre circulation des personnes dans un but sécuritaire pour une personne ayant un comportement jugé dangereux ou mal adapté* »²⁰⁰. On retrouve en termes de contention à la fois la contention mécanique, la contention chimique, la contention psychologique, la contention physique et/ou manuelle. C'est d'ailleurs à cette dernière que nous allons nous intéresser.

C'est au XIX^{ème} siècle que « *l'usage de la contention (physique) se généralise, tant en France que dans le reste de l'Europe* »²⁰¹. Elle est mise en pratique par le biais d'« *attaches en cuir, menottes pour attacher au lit, chaises de contrainte, camisole ou lit de protection* »²⁰²

¹⁹⁸ LOMBART, B, *Les soins en pédiatrie : faire face au refus de l'enfant*, éd. : Seli Arlsan, octobre 2016, p.30

¹⁹⁹ Ibidem

²⁰⁰ Société Française de Gériatrie et Gérontologie, *La contention et la liberté d'aller et venir*, Mobiqual, p.2

²⁰¹ Le Contrôleur général des lieux de privation de la liberté, *Isolement et contention dans les établissements de santé mentale*, Paris, Editions Dalloz, avril 2016, p.4

²⁰² Idem, p.4

utilisés dans le but d'empêcher tout mouvements corporels de la personne. Pour la Haute Autorité de Santé, la contention physique est « *l'utilisation de tous moyens, méthodes, matériels ou vêtements qui empêchent ou limitent les capacités de mobilisation volontaire de tout ou d'une partie du corps dans le seul but d'obtenir la sécurité pour une personne âgée qui présente un comportement estimé dangereux ou mal adapté* »²⁰³. On parle alors de contention physique passive. Il est important de ne pas la confondre avec la contention physique dite active qui est réalisée par un masseur-kinésithérapeute et est à visée rééducative.

Selon les recommandations du jury de la Conférence des consensus, « *la contention physique est une mesure d'exception, temporaire, qui ne constitue pas à elle seule une mesure thérapeutique et dont les effets secondaires peuvent être graves. Elle doit toujours être associée à une sédation médicamenteuse. C'est un soin relevant de la prescription médicale immédiate ou différée et qui répond aux exigences de traçabilité (...) l'utilisation d'une contention physique ou chimique ne peut se justifier qu'après échec de la prise en charge relationnelle* »²⁰⁴. Dans la loi, et plus particulièrement le Code de la santé publique, il existe « *des textes relatifs à la mise en place par des infirmières d'une contention dite passive, soit un dispositif d'entrave* »²⁰⁵. Il s'agit des articles R4311-7 et R4311-9 qui autorisent « *L'ablation des dispositifs d'immobilisation et de contention* » ainsi que « *la pose de dispositifs d'immobilisation [...] à condition qu'un médecin puisse intervenir à tout moment* ». Cette contention dite passive n'est interdite ni par la loi, ni par les règles professionnelles, cependant elle doit rester exceptionnelle et relever exclusivement d'une urgence médicale. Elle ne doit donc pas constituer une solution de première intention. Restant un acte allant à l'encontre de la liberté du patient, lorsque cette contention devient abusive, le soignant, qu'il soit un acteur direct ou indirect est puni par la loi. « *Tout abus de privation de liberté est de l'ordre du pénal* »²⁰⁶. A ce jour, nous pouvons remarquer que les textes législatifs se limitent principalement aux domaines de la psychiatrie et de la gériatrie.

²⁰³ Rapport de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES), Evaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé : limiter les risques de la contention physique de la personne âgée, 2000, p.10

²⁰⁴ ANAES, *Conférence de Consensus : « l'agitation en urgence (petit enfant excepté) »*, Paris, éd : Masson, 2003, p.60

²⁰⁵ LOMBART, B, *Les soins en pédiatrie : faire face au refus de l'enfant*, éd. : Seli Arlsan, octobre 2016, p.55

²⁰⁶ CHEVILLOTTE, J, Contention abusive et responsabilité infirmière, *La Revue de l'infirmière*, n°159, avril 2010, p.30

b) La contention physique dans le secteur de la psychiatrie et de la gériatrie

Pendant longtemps, la contention, mais aussi l'isolement, ont été des gestes banalisés en psychiatrie. Cependant, « *ces contraintes physiques constituent, à tout le moins, une atteinte maximale à la liberté de circulation. La manière dont elles sont mises en œuvre est souvent humiliante, indigne, parfois dangereuse* »²⁰⁷. De plus, « *l'hôpital, havre de soins, laisse se perpétrer et se perpétuer, au fond de ses unités, des pratiques qui s'apparentent, dans certaines conditions, à des traitements inhumains et dégradants* »²⁰⁸. C'est pourquoi, la loi de modernisation du système de santé du 16 janvier 2016 a posé un cadre légal concernant les mesures de contention et d'isolement. Selon l'article L 3222-5 du code de la Santé Publique, « *L'isolement et la contention sont des pratiques de dernier recours. Il ne peut y être procédé que pour prévenir un dommage immédiat ou imminent pour le patient ou autrui, sur décision d'un psychiatre, prise pour une durée limitée. Leur mise en œuvre doit faire l'objet d'une surveillance stricte confiée par l'établissement à des professionnels de santé désignés à cette fin. Un registre est tenu dans chaque établissement de santé autorisé en psychiatrie [...] Pour chaque mesure d'isolement ou de contention, ce registre mentionne le nom du psychiatre ayant décidé cette mesure, sa date et son heure, sa durée et le nom des professionnels de santé l'ayant surveillée. Le registre, qui peut être établi sous forme numérique, doit être présenté, sur leur demande, à la commission départementale des soins psychiatriques, au contrôleur général des lieux de privation de liberté ou à ses délégués et aux parlementaires* »²⁰⁹. Le contrôleur général des lieux de privation a pour mission depuis la loi du 30 octobre 2007 « *de veiller à ce que les personnes privées de liberté soient traitées avec humanité et dans le respect de leur dignité* »²¹⁰.

En milieu gériatrique, la pratique de la contention est couramment répandue « *dans le but de prévenir les chutes et les traumatismes ou lutter contre la déambulation des personnes atteints de troubles cognitifs* »²¹¹. Cependant, certaines études, comme celle faite par le biais du Test de Tinetti (*Cf. annexe III*), montre que la contention augmente le risque de chute. De

²⁰⁷ Le Contrôleur général des lieux de privation de la liberté, *Isolement et contention dans les établissements de santé mentale*, Paris, Editions Dalloz, avril 2016, p. VIII (introduction)

²⁰⁸ Ibidem

²⁰⁹ Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, Journal officiel n°0022 du 27 janvier 2016, article n°72, (page consulté en septembre 2017),

https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexteArticle.do;jsessionid=DE83B1DD8947D4510CEBFEB8385B866.tplgfr24s_2?i dArticle=JORFARTI000031913312&cidTexte=JORFTEXT000031912641&dateTexte=29990101&categorieLien=id

²¹⁰ Le Contrôleur général des lieux de privation de la liberté, *Isolement et contention dans les établissements de santé mentale*, Paris, Editions Dalloz, avril 2016, p. VII (introduction)

²¹¹ VEDEL, I, La contention physique passive en gériatrie : une pratique courante, en particulier la nuit, *Gérontologie et société*, janvier 2006, volume 29, n°116, p.154

plus elle a des « *conséquences psychologiques et physiques négatives : confusion, dépression, augmentation des incapacités voire de la mortalité* »²¹². Elle représente surtout « *une atteinte à la liberté de la personne âgée dépendante* »²¹³. Dans l'article 3 de la charte des personnes âgées, il est indiqué que « *tout personne doit conserver la liberté de communiquer, de se déplacer et de participer à la vie de la société* ». Pour lutter contre cette atteinte à la liberté, l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES), devenue Haute Autorité de Santé, a mis en place un guide permettant d'encadrer la pratique de la contention. Mais comme nous pouvons le voir dans l'article sur « *La contention physique passive en gériatrie* », ces recommandations ne sont pas toujours appliquées.

Ainsi dans les secteurs comme celui de la psychiatrie et de la gériatrie, l'usage de la contention physique reste fréquent. Les motifs qui poussent à utiliser la contention sont le plus souvent « *le risque de chute (du brancard ou du lit), les états confusionnels avec déambulations et les états d'agitation* »²¹⁴. Mais il est important de se rendre compte que cette pratique de la contention physique n'est pas seulement « *l'apanage de la psychiatrie* » et de la gériatrie. « *On la rencontre également dans de nombreux services de médecine ou établissements médico-sociaux. Son usage est fréquent, notamment dans les services d'urgence* »²¹⁵. C'est pourquoi désormais nous allons nous intéresser à la pédiatrie. Qu'en est-il de l'enfant et la contention ?

c) La contention physique dans le secteur de la pédiatrie

La contention de l'enfant réalisée dans le but de « *circonscrire ses débordements et manifestations émotionnels, elle est à l'inverse de la réassurance recherchée en néonatalogie* »²¹⁶. Contrairement à la contention que l'on peut retrouver utilisée dans certains services de psychiatrie ou de gériatrie, comme vu précédemment, celle de l'enfant « *ne fait pas appel à des dispositifs médicaux, elle constitue une forme de contention « clandestine »*. Elle nécessite souvent l'intervention de plusieurs adultes pour maintenir une ou plusieurs parties du corps de l'enfant afin de le protéger de lui-même, dans une situation de prise en

²¹² VEDEL, I, La contention physique passive en gériatrie : une pratique courante, en particulier la nuit, *Gérontologie et société*, janvier 2006, volume 29, n°116, p.154

²¹³ Ibidem

²¹⁴ Le Contrôleur général des lieux de privation de la liberté, *Isolement et contention dans les établissements de santé mentale*, Paris, Editions Dalloz, avril 2016, p.1

²¹⁵ Ibidem

²¹⁶ LOMBART, B, *De la contention lors des soins en pédiatrie ou de l'altérité invisible*, Master de philosophie, Université Paris-Est Marne la Vallée, septembre 2011, p.13

charge devant être rapide et efficace »²¹⁷. Il s'agit ici d'une tout autre forme de contention physique, que nous pouvons considérer comme de la « contention manuelle », c'est-à-dire qu'elle se fait avec les mains principalement. Les mains du soignant, qui à l'origine sont utilisées pour « soigner », sont désormais utilisées pour « maintenir » ou « contenir ». Parfois, au-delà des mains, c'est le buste du soignant qui est « appuyé sur le corps de l'enfant »²¹⁸. Devant cette méthode qui devient un « corps à corps » du soignant et de l'enfant, nous pouvons nous demander quelles sont les limites de la contention manuelle. Nous nous rendons compte que du côté législatif, « il n'existe aucun texte de loi en France relatif à la contention manuelle exercée lors des soins »²¹⁹. Pour Bénédicte Lombart, cadre de santé, « la contrainte de l'enfant, que l'on nomme aussi contention, a été définie comme l'application de la force avec l'intention de maîtriser l'enfant »²²⁰. Si nous reprenons la partie concernant le « refus d'un soin », nous avons vu qu'en pédiatrie, le « refus d'un soin » peut entraîner de la contention. Et plus particulièrement, l'agitation qu'exprime l'enfant lors du soin. Mais pas seulement. Lors de la 18^{ème} Journée sur « La douleur de l'enfant », certains professionnels, comme Bénédicte Lombart, et le Dr. Daniel Annequin, spécialiste dans le domaine de la prise en charge de la douleur, ont montré que l'utilisation de la contention se fait également « en l'absence de couverture antalgique, l'enfant est immobilisé de force pour réaliser l'acte, le soin douloureux »²²¹. Ainsi la mauvaise évaluation et prise en charge de la douleur est également un facteur d'usage de la contention. Bénédicte Lombart dans son article définit les facteurs reconnus comme influençant la décision du soignant à contenir l'enfant : « la nécessité du geste, sa nature, la sécurité de l'enfant, son niveau d'agitation, son âge, l'opinion des parents, la sécurité de l'équipe et la capacité d'obtenir le consentement de l'enfant »²²². Devant ses nombreux facteurs, la pratique de la contention chez l'enfant est remise en question car elle soulève un questionnement éthique. Cette pratique qui semble être courante n'est pas « anodine pour l'enfant, car elle pourrait être la cause d'effets à long-terme sur son bien-être physique et émotionnel »²²³.

²¹⁷ ESTRADÉ, M, TESSIER-LEVÊQUE, M, WANQUET-THIBAUT, P, La contention lors des soins en pédiatrie, *Soins pédiatrie/puériculture*, septembre/octobre 2016, n°292, p.41

²¹⁸ MOUGEL S, Le corps de l'enfant hospitalisé, *corps*, n°11, janvier 2013, p.269

²¹⁹ LOMBART, B, *Les soins en pédiatrie : faire face au refus de l'enfant*, éd. : Seli Arlsan, octobre 2016, p.55

²²⁰ LOMBART, Bénédicte, Questionner l'usage de la force lors des soins pédiatriques, *Cahiers de la puéricultrice*, n°301, novembre 2016, p.12

²²¹ LOMBART, B, et al., *Utilisation de la contention lors des soins douloureux chez l'enfant*, septembre 2011, p. 10 (page consultée le 17 mai 2017), < http://pediadol.org/IMG/pdf/U2011_lombart.pdf >

²²² LOMBART, B, Questionner l'usage de la force lors des soins pédiatriques, *Cahiers de la puéricultrice*, n°301, novembre 2016, p.12

²²³ Ibidem

d) Une pratique en pédiatrie qui pose question

Pour Bénédicte Lombart, « *il est difficile d'affirmer de manière définitive que la contention dans le cadre de la réalisation des soins en pédiatrie est bonne ou mauvaise. Il est à la fois impossible de renoncer au soin et difficile d'être en situation d'user de la force pour soigner l'enfant* »²²⁴. Cette force qui contraint l'enfant « *vise une efficacité pratique en vue d'une réussite médicale* »²²⁵. Le soignant va porter cette action sur « *l'intention de soigner l'enfant* ». L'intention ici n'est pas de faire mal, mais d'agir dans le bien de l'enfant. Cependant, « *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 attendre* »²²⁶. Nous pouvons remarquer que ce geste est justifié au regard de la prescription médicale. Si cette pratique pose question, c'est parce que son usage est devenue une préoccupation pour les professionnels de santé il y a six ans. Avant, « *aucune publication n'avait jusqu'à présent étudié directement la réalité de ces pratiques* ». La première étude, faite par l'équipe de Frantz Babl, urgentiste pédiatrique à Melbourne relevant de l'usage de la contention a été publiée en mai 2011. Elle s'est intéressée à « *l'utilisation de la contention lors des soins douloureux chez les enfants de moins de 4 ans dans un service d'urgences pédiatriques australiens* »²²⁷. Cette étude s'est faite autour de quatre types de soin : pose de perfusion, de sonde gastrique, d'un masque d'inhalation, et d'un capteur d'oxymétrie. Les résultats ont montré que sur 124 enfants inclus dans l'étude, « *la contention a été utilisée dans 71% des cas : 100% des sondes gastrique et des pose de perfusion, 62% des masque d'inhalation et 18% des capteurs oxymétrie* ». A noter que « *les techniques de distraction (vidéos, TV, etc.) étaient utilisées dans 76% des poses de perfusion. Les parents étaient présents dans 93% des cas* ». Cette étude met l'accent sur l'importance de l'utilisation de la contention lors des soins délivrés à un enfant de moins de 4 ans. Entre mai et juillet 2001, une seconde étude a été menée dans vingt-quatre services de l'hôpital Trousseau. Dans cette étude « *ont été inclus 599 enfants, l'âge médian était de 3 ans* ». 1037 gestes ont été réalisés. La contention a cette fois été évaluée en deux niveaux : « *contention faible* » et « *contention forte* ». Cette évaluation a été faite à partir de l'Echelle de mesure de la contention PRIC (*Procedural Restraint Intensity in Children scale*) (Cf. annexe IV) disponible dans les services de soins de l'hôpital. Les

²²⁴ LOMBART, B, *Les soins en pédiatrie : faire face au refus de l'enfant*, éd. : Seli Arlsan, octobre 2016, p.31

²²⁵ Ibidem

²²⁶ LOMBART, B, et al., *Utilisation de la contention lors des soins douloureux chez l'enfant*, septembre 2011, p.9 (page consultée le 17 mai 2017), < http://pediadol.org/IMG/pdf/U2011_lombart.pdf >

²²⁷ Op. cit., p.10 qui fait référence à l'étude : Crellin D, Babl FE, Sullivan TP Chet al. Procedural restraint use in preverbal and earlyverbal children. *Pediatr Emerg Care* 2011 ; 27 (7) : 622-7

résultats ont montré que « *les plus jeunes sont les plus exposés à une contention forte. Les enfants de 1 an à 4 ans ont 6,2 fois plus de risque comparés aux enfants de plus de 4 ans. Les enfants de 1 mois à un an ont 4,3 fois plus de risque ; les plus petits auront plus facilement des niveaux faibles de contention car leur petite taille ne nécessite pas de niveaux forts* ». Concernant les services, certains « *apparaissent plus exposés au risque de contention : urgences, radiologie, etc.* ». Sur l'ensemble des soins, « *le geste a été interrompu* » à 12 reprises. A travers la discussion de cette étude, il est montré que « *l'utilisation de moyens médicamenteux, la présence des parents ne semblent pas modifier le risque de contention forte [...] une meilleure utilisation des stratégies de distraction, d'hypnoalgésie devrait permettre de renforcer l'action des moyens médicamenteux* »²²⁸. En effet « *les échecs du MEOPA* », mélange équimolaire oxygène-protoxyde d'azote, est l'un des facteurs qui est reconnu comme amenant à utiliser la contention, ce qui est paradoxal, car ce gaz est utilisé dans un but de détendre l'enfant.

Si la contention en pédiatrie pose également question, c'est parce que en l'utilisant les soignants « *choisissent consciemment d'occulter la souffrance et le refus de l'enfant afin d'être en état de dispenser le soin.* »²²⁹. C'est ce que Bénédicte Lombart a appelé « *la cécité empathique* ». Pour elle c'est parce que le soignant « *est capable de voir, capable de saisir par empathie le vivre de l'autre, capable d'accueillir ce que lui révèle l'autre de lui-même que le soignant doit renoncer à se retourner-ou à regarder* »²³⁰. C'est parce que l'enfant va poser un regard sur le soignant en recherchant toute sa sollicitude que le soignant pour ne pas croiser son regard va « *fermer les yeux* ». Ainsi, « *l'enfant n'apparaît plus [...] le contact est comme perdu – à la manière d'un radar qui perd la trace de ce qu'il avait pourtant en vue quelques instants plus tôt* »²³¹. L'empathie du soignant se suspend. D'ailleurs, si nous reprenons les études précédentes, nous pouvons remarquer que le soin n'est pas forcément arrêté, ce qui accentue le fait que devant la souffrance de l'enfant, le soignant plutôt que d'arrêter son soin va essayer de le terminer « *rapidement* » toujours dans l'intérêt de l'enfant.

²²⁸ LOMBART, B, et al., *Utilisation de la contention lors des soins douloureux chez l'enfant*, septembre 2011, p. 13 (page consultée le 17 mai 2017), < http://pediadol.org/IMG/pdf/U2011_lombart.pdf >

²²⁹ ROUGUET, S, « C'est pour ton bien ». Face au refus de soin de l'enfant, *enfances & psy*, n°73, janvier 2017, p. 147

²³⁰ LOMBART, B, *Les soins en pédiatrie : faire face au refus de l'enfant*, éd. : Seli Arlsan, octobre 2016, p.98

²³¹ Op.cit., p.99

L'utilisation de la contention manuelle est une pratique que le soignant doit interroger. Ainsi il est important qu'elle fasse « *l'objet d'une réflexion d'équipe, de réévaluations régulières et n'être utilisée qu'en dernier recours* »²³². Le soignant doit également s'interroger et remettre en question sa pratique s'il en est venu à utiliser cette contention. Celle-ci ne doit pas le dispenser « *de prendre le temps d'expliquer à l'enfant le déroulement du soin, de créer autour de lui une ambiance apaisante, d'utiliser la distraction, d'impliquer ses parents pour le rassurer* »²³³. Il est important désormais de s'intéresser au ressenti de la puéricultrice lorsque celle-ci a recours à la contention manuelle.

e) **La puéricultrice et la « contention manuelle »**

La « contention manuelle », lorsqu'elle est utilisée lors d'un soin nous renvoie à penser que l'infirmière puéricultrice a mis en place différents moyens pour réaliser son soin mais qu'en dernier recours, celle-ci a dû utiliser ses mains, à la fois pour soigner mais également pour contenir. Suite à des recherches effectuées sur le ressenti des soignants, ceux-ci sont « *en majorité, mal à l'aise avec cette pratique et reconnaissent ses effets néfastes sur tous les acteurs du soin et sur la réalisation de celui-ci* »²³⁴. Dans le cas où la « contention manuelle » est utilisée dans le but de sécuriser l'enfant, les soignant « *trouvent cette pratique pénible, ressentent de l'insatisfaction, de la culpabilité, générant de l'anxiété et un questionnement sur les douleurs engendrées* »²³⁵. Une « *insuffisance d'information des personnels de soins, ainsi que l'absence d'enseignement sur ce sujet dans l'ensemble des formations initiales* » est également souligné. Lors de plusieurs *focus group* réalisés en 2013, trente-deux soignants, incluant infirmières, puéricultrices et auxiliaires de puériculture, ont été interrogées sur leurs représentations et leurs habitudes « *vis-à-vis de la contention forte* »²³⁶. Les résultats « *ont mis en évidence l'empathie des soignants à l'égard de l'enfant. Les professionnels témoignaient d'une grande intention envers les particularités et les besoins de l'enfant.* ». En effet, celui-ci est « *au centre du discours* ». Cependant, devant la difficulté d'un soin, « *la contention s'avère nécessaire pour réaliser les gestes techniques* ». A partir de là, l'enfant qui était au centre de l'attention, ne l'est plus. Même à travers l'échange entre les

²³² ROUGUET, S., « C'est pour ton bien ». Face au refus de soin de l'enfant, *enfances & psy*, n°73, janvier 2017, p. 147

²³³ *Ibidem*

²³⁴ UGUET, A., La contention de l'enfant en question, *Cahiers de la puéricultrice*, avril 2014, n°276, p. 37

²³⁵ THIBAUT, P., Le recours à la contention, *infirmière magazine N°281*, juin 2006, p.39

²³⁶ LOMBART, B., Questionner l'usage de la force lors des soins pédiatriques, *Cahiers de la puéricultrice*, n°301, novembre 2016, p.13

différents soignants, celui-ci a disparu. La pratique de la contention est définie comme « *laborieuse* », *c'est-à-dire difficile mais faisant partie du travail* ». En évoquant la contention, les soignants sont gênés et ressentent un malaise. Ce geste est rendu légitime « *par le conformisme au groupe, l'intérêt supérieur de l'enfant et l'absence d'alternative* ». A travers cette étude, le soignant montre qu'il est « *contraint d'occulter temporairement l'empathie ressentie envers l'enfant, le temps de la contention* ». Par la suite, cette pratique engendre chez certains soignants de la « *culpabilité* ».

Devant ce que ressent le soignant lorsque le sujet de la contention est abordé, nous pouvons nous demander s'il considère cette contention manuelle comme une « parenthèse dans le soin ». Une parenthèse qui le met, inconsciemment, dans une place qu'il ne peut apprécier mais qui se justifie par le besoin ou la nécessité de réaliser le soin.

II. PROBLÉMATIQUE

A travers ce cadre conceptuel, nous pouvons nous rendre compte que la prise en charge d'un enfant n'est pas toujours facile pour l'infirmière puéricultrice. Parfois, elle se retrouve dans « l'obligation » de faire appel à « la force » pour pouvoir arriver à ses fins : celle de réaliser le soin. Mais, nous pouvons nous demander si cette façon de faire le soin va de pair avec le « prendre soin ». S'intéresser au ressenti du soignant nous permet de voir si l'infirmière puéricultrice considère que la contention va à l'encontre de ses pratiques professionnelles ou si inversement, celle-ci considère cet acte comme ancré dans sa pratique.

Après avoir pu décrire mon cadre conceptuel, une deuxième question se pose, celle de la problématique de ce travail de recherche :

En quoi le refus de soin conduit la puéricultrice à faire usage de la contention manuelle sur l'enfant de 2 à 7 ans ?

Cette problématique me conduit à poser deux hypothèses :

- Le refus de soin conduit la puéricultrice à prioriser ses compétences techniques au regard des compétences relationnelles le temps du soin.
- L'intention d'optimiser la prise en charge de l'enfant conduit la puéricultrice à utiliser la contention manuelle

III. LA MÉTHODE D'ENQUÊTE

1. CHOIX DE LA MÉTHODE

Pour répondre à ma problématique et ainsi affirmer les deux hypothèses développées auparavant, je choisis de faire une analyse quantitative sous forme d'entretiens semi-directifs. Cet entretien est un moyen d'interroger des infirmières puéricultrices sur leurs pratiques et leurs représentations. Pour recueillir au mieux les informations sur les différents concepts interrogés au cours de ce travail, je choisis d'élaborer un guide d'entretien (*Cf. annexe I*) me permettant d'échanger plus facilement avec les soignants interrogés. L'objectif de cet entretien est que le soignant puisse répondre aux questions « relativement » ouvertes comme bon lui semble sans se sentir jugé ou limité dans sa réponse. Les relances ont pour but de recentrer le soignant sur le sujet. Cet outil d'enquête est un moyen de connaître le profil du soignant interrogé, de savoir quels types de soins il réalise et si lors de la réalisation de certains soins il rencontre des difficultés. Par la suite, l'intérêt de cet entretien est de pouvoir avoir l'avis du soignant sur le « *prendre soin* », sur ces compétences relationnelles et si devant la difficulté de certains soins celui-ci est amené à faire usage de la contention, et plus particulièrement, de la contention manuelle.

2. CHOIX DE LA POPULATION

Suivant le cursus de la double diplomation avec la licence professionnelle, je dois mener entre six et huit entretiens. Mon choix initialement était porté sur l'interrogation de trois puéricultrices d'un service des urgences pédiatriques et trois puéricultrices d'un service de réanimation pédiatrique. Je choisis d'interroger des puéricultrices car ce projet professionnel a pour objectif que je me positionne comme infirmière puéricultrice. Ainsi, interroger des puéricultrices sur le sujet de la contention me permet de voir ce qu'elles peuvent penser de ce geste sur un enfant étant donné qu'elles ont reçu pendant leur formation les connaissances leur permettant d'accompagner l'enfant dans ses émotions en fonction de son développement et de prendre en compte son angoisse dans la prise en soin.

3. CHOIX DU LIEU D'ENQUÊTE

Avant de pouvoir mener ces entretiens, il est important de pouvoir cibler ma recherche et de m'intéresser aux différents services où la contention est susceptible d'être utilisée. Une de mes situations de départ s'étant déroulée aux urgences pédiatriques, j'ai trouvé intéressant d'interroger des infirmières puéricultrice y travaillant. Par la suite je me suis également interrogée sur le service de réanimation pédiatrique. Ces services sont pour moi des lieux où l'urgence vitale prévaut, le stress des soignants y est augmenté par la pression liée à la fois aux nombreuses situations d'urgence dans laquelle se trouve le patient mais également liée à la demande du médecin à laquelle il est primordial de répondre.

Le service des urgences pédiatriques est un service accueillant des enfants pouvant présenter une affection aiguë, quelle que soit son niveau de gravité. Ces pathologies peuvent être médicales, chirurgicales, traumatologiques ou encore pédopsychiatriques. Quand l'enfant qui entre est accueilli aux urgences pédiatriques, il est soit accompagné d'un parent ou d'un tuteur responsable de l'autorité parentale, soit amené par les services de secours dans le cas où le problème s'est déroulé hors de la présence des parents ou que les parents n'ont pas eu les moyens de l'y emmener. Les urgences pédiatriques sont parfois pour l'enfant un lieu où il découvre pour la première fois l'hôpital, un lieu où, selon la gravité de son état, l'attente peut parfois être longue. Les cris, la peur, l'anxiété sont des émotions souvent présentes au sein de ce service. Le service des urgences est aussi un service *« qui réalisent des records de fréquentation toujours plus élevés où il est constamment demandé aux professionnels de faire preuve de plus d'efficacité et de rapidité »*²³⁷.

Le service de réanimation pédiatrique est un secteur qui accueille tout enfant en situation de détresse vitale ou en situation d'affection aiguë grave, comme aux urgences pédiatriques, qui seulement cette fois nécessite une surveillance rapprochée.

Choisir ces deux services c'est aussi se rendre compte que les soignants sont la plupart du temps confrontés aux situations d'urgence et de crise. C'est savoir que les soins qui sont la plupart du temps urgents et vitaux y sont réalisés. Les soignants sont confrontés à des enfants qui ont peur du milieu hospitalier mais qui ont besoin d'être pris en charge. Parfois ces enfants n'ont jamais mis les pieds dans un hôpital. La plupart ont encore besoin de repères avant de pouvoir ou vouloir se lancer « vers l'inconnu » et faire confiance au corps médical.

²³⁷ ESTRADÉ, M, TESSIER-LEVÊQUE, M, WANQUET-THIBAUT, P, La contention lors des soins en pédiatrie, *Soins pédiatrie/puériculture*, septembre/octobre 2016, n°292, p.39

La réanimation pédiatrique et les urgences pédiatriques sont des services à risque car ils demandent aux professionnels d'avoir des compétences techniques avancées. Ainsi, étant des services où l'urgence prime, l'enfant est anxieux, parfois douloureux. Avant un soin, il s'agite, ne veut pas forcément se laisser faire. C'est pourquoi, il est intéressant de se demander si la contention est susceptible d'être utilisée par les soignants devant ces nombreux facteurs.

4. MISE EN ŒUVRE

Avant de partir dans les différents services, je me suis entraînée à tester mon guide d'entretien. Je me suis questionnée sur la personne avec qui il serait intéressant de pouvoir échanger sur le sujet. C'est alors que je me suis rappelée d'une infirmière puéricultrice, qui dans mes souvenirs travaille dans un service d'hématologie au sein d'un hôpital pédiatrique en région parisienne. C'est une puéricultrice que j'ai eu l'occasion d'interroger dans le cadre d'un entretien pour mon travail de fin d'études infirmières. Lors d'un premier échange par mail où le sujet de mon projet professionnel a été très brièvement évoqué, elle m'a répondu « *Sujet intéressant ! Du coup tu travailles que sur la contention mécanique ? Tu traites un peu de la contention médicamenteuse ou pas du tout. Moi je travaille en réanimation pédiatrique. On utilise fréquemment différents types de contention !* ». C'est alors que je me rends compte qu'entre-temps elle a changé de service. Tout de suite elle accepte l'objet de ma demande. Pouvoir tester mon guide d'entretien avec une puéricultrice travaillant en réanimation pédiatrique m'a conforté dans mon choix d'aller interroger un service de réanimation pédiatrique. L'entretien, d'une durée de 54 minutes, a été très enrichissant. Je n'ai eu besoin de modifier que deux questions par la suite car elles étaient mal formulées et donc non comprises par la professionnelle.

Cependant, lors de l'avancée de mon travail, quelques difficultés ont été rencontrées. Après avoir fait mes demandes aux différents services m'intéressant, j'ai dû faire face aux refus de deux services de réanimation pédiatrique : en région parisienne, la Direction des Soins a refusé de me recevoir compte tenu de mon éloignement et des nombreuses sollicitations des instituts et des écoles de puéricultrices. En région lilloise, j'ai pu échanger avec la puéricultrice qui s'occupe de l'accueil des étudiants et des demandes d'entretiens de mémoire. Après avoir pris connaissance de mon guide d'entretien, elle m'a recontactée pour me dire que cela ne serait pas intéressant pour moi de venir interroger dans leur service car « *la*

plupart des enfants dans le service sont sédatés, et quand l'enfant est agité parce qu'il a mal on le sédate aussi, donc nous n'avons pas besoin de mettre en place de la contention ».

De ce fait, et devant faire face à cette difficulté, je choisis finalement de m'intéresser simplement aux urgences pédiatriques. Après avoir contacté les cadres de deux services d'urgences pédiatriques qui ont pu prendre connaissance de mon guide d'entretien, ma demande de venir interroger les soignants est acceptée. J'ai finalement mené sept entretiens. Quatre puéricultrices d'un service d'urgences pédiatriques dans un centre hospitalier universitaire privé et deux puéricultrices ainsi qu'un puériculteur dans le service des urgences pédiatriques d'un centre hospitalier universitaire public.

Les entretiens durent entre 15 et 35 minutes (*Cf. entretien n°2, annexe II*). Tous les professionnels ont accepté être enregistré. Chacun a pu s'exprimer librement sur le sujet. Au sein d'un même service, je remarque que certaines pratiques sont différentes. Il n'y a eu qu'un seul entretien où l'infirmière puéricultrice ne s'est pas sentie concernée par la contention, ainsi j'ai dû adapter certaines questions du guide d'entretien en fonction de ses réponses. Au début de chaque entretien, et pour aborder le thème de mon projet professionnel, j'ai préféré aborder le refus de soin et les conséquences que celui-ci peut entraîner par la suite, sans les nommer. Je n'ai pas voulu aborder de premier abord le sujet de la contention manuelle pour ne pas influencer la réponse des puéricultrices/puériculteur. Lors de ces entretiens, le seul problème que j'ai pu rencontrer et celui de l'environnement et du contexte qui n'étaient pas forcément adéquats. Un entretien a été mené dans la salle de repos au moment de la pause des soignants et donc au moment du repas. Ainsi sur l'enregistrement nous pouvons entendre les micro-ondes en marche ou les professionnels qui discutent. Un autre entretien a été mené dans le couloir du service des urgences pédiatriques.

Maintenant que nous avons présenté la méthode d'enquête, nous allons désormais passer à l'analyse des entretiens.

IV. ANALYSE DE L'ENQUÊTE

Pour analyser au mieux les entretiens faits auprès des sept professionnels, nous allons reprendre point par point les thèmes principaux qui ressortent du guide d'entretien. Les réponses faites par les professionnels sont retranscrites à l'identique. Des extraits des différents entretiens sont intégrés à l'analyse. L'objectif est de faire une analyse comparative en confrontant les recherches du cadre théorique avec les enquêtes réalisées sur le terrain. Cette analyse aura pour but final d'infirmer ou confirmer les deux hypothèses évoquées dans la problématique. Dans cette analyse seront donc revus les notions de « refus du soin », de « prendre soin », de « compétences relationnelles » et de « contention ».

Dans un premier temps, nous allons présenter l'échantillon, c'est-à-dire les différents professionnels qui ont été interrogés. Les professionnels de l'entretien n°1 à l'entretien n°4 travaillent dans le même service situé dans un centre hospitalier universitaire privé. Les professionnels de l'entretien n°5 à l'entretien n°7 viennent du même service situé dans un centre hospitalier universitaire public. Dans un second temps nous présenterons les résultats de l'enquête. Seront mis sous forme de tableau les différents soins réalisés dans les services ainsi que les difficultés que rencontre chaque soignant. Par la suite nous mettrons en évidence certains extraits d'entretien pour les mettre en lien avec le cadre théorique.

1. PRESENTATION DE L'ECHANTILLON

	Entretien N°1	Entretien N°2	Entretien N°3	Entretien N°4
Fonction	Puéricultrice Diplômée d'Etat (PDE)	Puéricultrice Diplômée d'Etat (PDE)	Puéricultrice Diplômée d'Etat (PDE)	Puéricultrice Diplômée d'Etat (PDE)
Date d'obtention du diplôme	Diplôme d'Etat Infirmier en 2015 et Diplôme d'Etat de Puéricultrice en 2016	Diplôme d'Etat Infirmier en 2013 et Diplôme d'Etat de Puéricultrice en 2014	Diplôme d'Etat Infirmier en 2013 et Diplôme d'Etat de Puéricultrice en 2015	Non communiqué
Ancienneté dans le service	Travaille depuis un an	Dans le service depuis juin 2015 (2 ans et demi)	En CDI depuis septembre 2016	Dans le service depuis janvier 2011
Expériences	Premier poste	6 mois dans un centre de réadaptation et rééducation pédiatrique	Intérim entre urgences pédiatriques et pédiatrie, en CDD 3 mois	Travaille en pédiatrie depuis 1980
Formation complémentaire	Formation sur l'allaitement en stage en PMI	Formation de réanimation avancée néonatale et pédiatrique et Tuteur étudiant	Formation douleur et hypnoalgésie, va faire une formation plâtre	Formation sur la distraction et hypnoalgésie

	Entretien N°5	Entretien N°6	Entretien N°7
Fonction	Puéricultrice Diplômée d'Etat (PDE)	Puériculteur Diplômée d'Etat (PDE)	Puéricultrice Diplômée d'Etat (PDE)
Date d'obtention du diplôme	Diplôme d'Etat Infirmier en 1989 et Diplôme d'Etat de Puéricultrice non communiqué	Diplôme d'Etat Infirmier en 2002 et Diplôme d'Etat de Puériculteur en 2013	Diplôme d'Etat Infirmier depuis bientôt 8 ans et Diplôme d'Etat de Puéricultrice un an après
Ancienneté dans le service	Depuis l'ouverture du service, 20 ans	Travaille au Pool, donc vient pour des missions	Dans le service depuis 6 ans
Expériences	A travaillé en Neurologie pédiatrique, 8 ans en chirurgie enfant, bloc opératoire et réanimation, part en mission humanitaire depuis 2 ans au Cambodge	5 ans aux urgences adultes, entré au pool (réanimation spécialement), greffe de moelle où il découvre la prise en charge de l'enfant. Hématologie pédiatrique, chirurgie pédiatrique, missions en réanimation pédiatriques et néonatales, soins intensifs pédiatriques et urgences pédiatriques.	A travaillé un an en maternité avant la formation de puéricultrice
Formation complémentaire	Formation toucher- massage, formation en hématologie, la violence à l'hôpital, les adolescents et les jeunes... « <i>j'ai dû en faire plus mais je ne m'en souviens pas</i> »	Diplôme universitaire d'éthique, RANP, formations pour les urgences : plâtre, prise en charge de l'agressivité...	

2. PRESENTATION DES RESULTATS

	Les soins réalisés dans le service	Les difficultés lors des soins
Entretien N°1	« Soin de développement », « ça va être tous les soins de confort », « éducation auprès des parents », « tous les soins techniques, pose de cathéter, prise de sang, sondage urinaire, aérosols... après c'est assez aléatoire », « On assiste aussi beaucoup le médecin, les internes aussi pour tout ce qui est plâtre, sutures », « du coup on fait le MEOPA »	« ça peut être par rapport à l'état de l'enfant », « Un enfant malade n'est pas forcément compliant [...] <i>est-ce qu'il refuse le soin ?</i> Oui, ça peut être ça », « dans l'ensemble moi je n'ai pas forcément de difficultés », « beaucoup d'appréhension en fait. C'est la peur », « il n'a pas envie qu'on l'approche »
Entretien N°2	« Principalement les petits soins de nursing ; les lavages de nez, les petites toilettes avant les poses d'urinocol, les prises de paramètres vitaux, les prises de poids », « en soins plus techniques : prise de sang, pose de cathéters, pose de perfusions, aspirations nasales, buccales... », « des sondages urinaires, des sutures, bon ce n'est pas nous qui suturons mais c'est nous qui accompagnons le médecin surtout pour faire le MEOPA », « des ECG (<i>électroencéphalogramme</i>), des aérosols, administration des traitements par voie orale, euh... des pansements, un peu en tout genre... je réfléchis... majoritairement c'est ça. Des poses de sondes nasogastriques »	« Parfois le refus du patient », « Pas le refus des parents », « c'est un peu étrange quand ils ne veulent plus faire le soin alors qu'ils viennent pour soigner l'enfant. », « Quand ils n'acceptent pas du tout bah on ne peut pas leur faire hein. Là on ne va pas au-delà de leur souhait à part si c'est des grosses urgences vitales », « des peurs... », « ...ce n'est pas des difficultés parce que c'est normal mais des peurs des parents, que ça se passe mal », « soit les parents, soit l'enfant [...] qui ne vont pas être très compliant ou participatif », « parfois on a le problème du temps », « quand on a le temps [...] on va se poser, on va lui expliquer... ça va être plus cool », « Quand il y a beaucoup beaucoup de monde, et qu'on enchaîne un peu les soins, c'est un peu plus compliqué de prendre ce temps là pour un peu les apaiser, leur expliquer et les mettre en confiance quoi. »

<p>Entretien N°3</p>	<p>« en soins infirmiers et bien ils sont assez divers », « essentiellement la pose de cathéter, des bilans sanguin, mais souvent on pose des cathéters et l'un va avec l'autre », « bah pose d'aérosols, des sondages vésicales, après euh... ça va être la prise en charge de la douleur, ça va être en lien avec le médecin aider pour les sutures, euh... pose de plâtres », « donner les antalgiques, après on a un service d'hospitalisation donc c'est aussi euh l'éducation, pas mal d'éducation pour les parents et leur prise en charge de leur anxiété que je mettrais aussi. »</p>	<p>« Moi ce qui m'a le plus marquée c'est vraiment les sutures au début, vraiment parce qu'il y a des enfants qui ne répondent pas très bien au MEOPA et du coup il faut les maintenir, », « Quoi voilà tu sais que c'est de l'anxiété et que ce n'est pas de la douleur et ça c'est très difficile au début de le savoir et de le prendre en compte, et de se dire « bon bah c'est tout tu ne fais pas de mal à l'enfant, tu sais jusque qu'il est anxieux donc voilà essaye de le distraire » et ce n'est pas toujours évident de distraire quand tu cherches les veines, quand on a du mal à piquer un enfant, et c'est pour ça qu'on y va toujours à deux », « quand ils sont jeunes, il faut maintenir, c'est pas comme les adultes et surtout la deuxième personne sert à distraire autant chez les adultes », « en pédiatrie il n'y a pas une journée ou on n' a pas de refus de soin. »</p>
<p>Entretien N°4</p>	<p>« on a toujours les bilans », « on ne les fait pas mais on est avec le médecin pour les sutures », « quand il y a des plâtres, bah on peut être là aussi avec le médecin », « dans les soins on a quelque fois des VRS donc avec la sonde gastrique, ce n'est pas toujours bien agréable », « Après on a les aérosols qu'on fait », Après qu'est-ce qu'il y a encore comme soins... bah je pense que c'est la grande gamme de soins euh... pansement de brûlures tout ça, qu'on fait sous MEOPA »</p>	<p>En parlant de l'aérosol : « Et ben ce n'est pas douloureux du tout mais l'enfant le refuse tout le temps. C'est le masque... » « alors ça c'est le pire je trouve que c'est le pire, on le met en route, on s'en va, on le retrouve à terre, donc il n'a pas été fait », « même si on leur explique, c'est les parents qui sont contre. Dans ce domaine moi je trouve que les parents sont un peu démissionnaires. », « En fait ce n'est pas forcément le soin qui est douloureux qui donne un refus de soin chez l'enfant. C'est l'anxiété, c'est l'anxiété des parents », « Moi je trouve en fait, je trouve que quand même pour tout ce qui est bilan etc... c'est quand même assez facile chez le plus jeune. Plus compliqué quelque fois chez l'adolescent. On a plus de soucis avec l'adolescent qu'avec un petit. »,</p>

<p>Entretien N°5</p>	<p>« euh, les différents soins ? Bah on fait un peu de tout hein. Rien que les prises de constantes, les bilans sanguins, les sondages vésicaux, les pansements... qu'est-ce qu'il y a comme soins encore. Bah la PL (<i>ponction lombaire</i>) et le déchoquage hein... la réanimation. Les dextros, les diabètes... enfin voilà. Ah oui c'est vrai qu'on fait les aérosols aussi. Qui sont quand même des soins. Prises de médicaments, qui des fois ce n'est pas toujours évident à donner. Enfin honnêtement... »</p>	<p>« Les difficultés c'est quand les parents euh... enfin quand ils décident « <i>de toute façon mon enfant il ne prend pas ses médicaments donc il ne va pas les prendre avec vous</i> » donc là c'est le truc... débile... enfin... donc nous on montre aux parents que de toute façon ce n'est pas l'enfant qui doit décider ». « Après que ce soit les aérosols ils ont du mal à tenir leur enfant, à bien mettre le masque et tout donc on leur apprend à les immobiliser d'une certaine façon ». « Après quand c'est les plus grands c'est des fois le refus de faire une prise de sang. Le stress et tout ».</p>
<p>Entretien N°6</p>	<p>« Alors je suis du pool hein, mais ici ? C'est principalement des prises de constantes, tension tout ça, et après des prises de sang, beaucoup de poses de cathéter, des PL, euh... et puis des injections d'antibiotiques, aussi des aérosols, euh... pour les crises d'asthme et tout ça, ça va être ça dans 90% du taff. »</p>	<p>« Donc là on parle de l'opposition de soin ? Bon bah c'est ça, la difficulté [...] expliquer l'intérêt à l'enfant et aux parents. Parce que il y a des parents qui euh... qui viennent aux urgences et qui ne veulent pas de prises de sang, enfin... qui se pose des questions ». « Des PL aussi, beaucoup d'opposition par rapport aux PL. Après quand les médecins expliquent un peu l'intérêt bah ils s'apaisent mais c'est un peu compliqué pour les parents en général. »</p> <p>« <i>Et du côté de l'enfant, est-ce que ça arrive qu'il refuse le soin ?</i> Alors c'est rare. Chez les ados garçons en général, c'est plus chez les ados garçons. Euh... on va dire entre 12 et... enfin entre 10 et 15 ans. Euh... ou vraiment des fois ils font des petites crises d'angoisse. »</p>

<p>Entretien N°7</p>	<p>« Ouh là, c'est varié. Euh bah, bilans sanguins, euh... pose de perfusion, euh... prise de paramètres vitaux, les toilettes... », « après c'est plus des soins avec l'aide du médecin : pour les PL, le plâtre, les sutures. Qu'est-ce qu'on fait encore ? Euh... voilà... évaluation de la douleur et puis la prise en charge de la douleur avec les différents antalgiques. Et on en fait encore surement pleins d'autres, mais comme ça, ça ne me vient pas... »</p>	<p>« En fonction de l'âge de l'enfant. Des enfants qui ne se laissent pas forcément faire. Qui sont anxieux, qui ont déjà vécu pas mal de choses à l'hôpital et où c'est compliqué, des enfants qui n'ont jamais connu l'hôpital mais pour eux du coup c'est une grosse angoisse, parfois ça se passe très bien, parfois c'est les parents où c'est un petit peu compliqué »</p> <p>« <i>Faites-vous face au refus de soin de la part de l'enfant ? Ça arrive</i> »</p>
--	--	---

A travers ce tableau nous pouvons remarquer les différents soins délivrés dans deux services des urgences pédiatriques. Devant l'ensemble de ces soins, nous remarquons que les soignants sont confrontés à de nombreuses difficultés, parfois similaires d'un hôpital à l'autre. Nous remarquons qu'au sein d'un même service, les soignants ne vivent ou ne décrivent pas le refus du soin de la même façon. Parmi ces difficultés, les notions d' « *anxiété* » et de « *peur* » prédominent. La **puéricultrice n°1** justifie cette peur de l'enfant par « *la blouse blanche, tout l'environnement de l'hôpital qui est inconnu pour lui* ». Pour la **puéricultrice n°3**, du fait de cette « *anxiété* » mais également parce qu' « *ils sont jeunes, il faut maintenir* ». Nombreux sont les soignants qui sont confrontés au « refus du soin ». Six professionnels expriment le « refus du soin » de l'enfant. La **puéricultrice n°1** explique que l'enfant « *n'est pas forcément compliant* », ce qu'elle considère comme un refus de soin mais aussi comme une « *appréhension* » de l'enfant au soin. Deux professionnels montrent que le « *refus de soin* » est surtout présent chez l'adolescent. Certains expliquent que ce refus est surtout lié à l'anxiété des parents, « *c'est un peu compliqué pour les parents en général* ». Ils sont nombreux à se retrouver devant une opposition des parents à consentir au soin. Ce qui n'est pas souvent compris du fait que ce sont les parents qui la plupart du temps amènent leur enfant aux urgences. Par ce constat, nous pouvons voir que le « refus de soin » est un problème quotidien vécu comme une difficulté par une majorité des soignants.

Nous avons vu lors des recherches sur le cadre théorique que le « modèle paternaliste » a laissé plus de place à l'enfant et ses parents pour s'exprimer au sein de l'hôpital. C'est pourquoi en pédiatrie « le refus de soin » est devenu plus fréquent. C'est d'ailleurs ce que nous remarquons lors des entretiens. Nous allons désormais voir ce que font les soignants devant un refus de soin.

A. LE REFUS D'UN SOIN

A travers le tableau, nous pouvons remarquer que le refus du soin est l'une des difficultés le plus rencontrée dans le service des urgences pédiatriques. En effet sur les sept professionnels interrogés, six professionnels ont évoqué, spontanément ou indirectement, ce refus. Nous remarquons à travers les réponses que le soin est refusé par les enfants mais également par les parents. Désormais nous allons nous intéresser à la question abordée en relance : « *Comment faites-vous face à un refus de soin de l'enfant ?* ».

Comme nous l'avons vu au sein du cadre théorique, quand l'enfant refuse un soin, c'est qu'il refuse « *une technique (diagnostic, thérapeutique...) spécifique* »²³⁸. L'enfant essaye de négocier avec le soignant. Mais nous pouvons remarquer également que le soignant cherche lui-même à négocier avec l'enfant. La **puéricultrice n°5** devant le refus essaye « *de négocier suivant l'âge* ». Pour elle, il est important de s'« *adapter à l'âge de l'enfant* ». Cette négociation passe par « *l'explication ensuite tu vas avoir du chantage* ». Nous avons vu également que lorsque l'enfant refuse le soin, il offre au soignant « *une invitation au dialogue* »²³⁹. Nous remarquons en effet que les professionnels sont nombreux à utiliser la parole. Pour la **puéricultrice n°1** il est important « *de toujours expliquer l'intérêt* » : « *on explique bien calmement [...] je pars du principe qu'il faut prendre son temps* ». Quand elle rencontre des difficultés dans l'explication du soin et que l'enfant continue de refuser, elle « *demande vraiment aux parents une aide* ». La **puéricultrice n°2** essaye de « *parler à l'enfant* ». Si elle voit que l'enfant n'est pas prêt à l'entendre, elle parle « *aux parents pour qu'ils interviennent et qu'après ils essayent d'expliquer à leur enfant* ». La **puéricultrice n°3** « *essaye de beaucoup expliquer* ». Quand l'enfant refuse et que les parents sont présents, elle les inclut dans le soin. La **puéricultrice n°5** « *explique toujours, on rassure et puis après si ça ne va pas soit tu passes la main parce que tu n'as pas envie de te battre entre guillemets,*

²³⁸ ROUGUET, S, « C'est pour ton bien ». Face au refus de soin de l'enfant, *enfances & psy*, n°73, janvier 2017, p. 146

²³⁹ Ibidem

[...] soit tu demandes des fois aux parents de calmer leur enfant parce que tu sens que c'est de la comédie ». Le **puériculteur n°6** explique que le soin est fait « dans l'intérêt » de l'enfant. Si les soignants recherchent ce dialogue avec l'enfant, nous remarquons que parfois ce dialogue reste aussi unilatéral. Par exemple, la **puéricultrice n°7** qui dit être souvent confrontée au « refus de soin » s'interroge : « mais est ce qu'on lui laisse le choix ? Pas vraiment. On ne lui laisse pas le choix ». Elle rajoute : « après, il y a des petites choses où je peux laisser passer [...] surtout pour les petits où c'est compliqué, je ne vais pas me battre, surtout s'il n'y en a pas nécessité dans l'urgence ». Ce qui rejoint le discours de la **puéricultrice n°2** qui parfois explique à l'enfant qu'il a « le droit de ne pas être d'accord, c'est normal de ne pas être d'accord mais là c'est comme ça, il faut que ça soit fait » et ne lui laisse donc pas forcément le choix. La **puéricultrice n°4** estime que « le traitement c'est à faire », l'enfant « n'a pas le choix ». Pour elle, il faut à un moment « être ferme. Surtout quand ce n'est pas un soin qui fait mal. Je veux bien qu'il ait de la distraction et tout quand c'est un soin douloureux, mais je n'en vois pas la nécessité quand c'est quelque chose à faire, un point c'est tout ».

Si nous reprenons les différents extraits, nous remarquons que les réactions des soignants, bien qu'elles soient différentes, se rejoignent. Quand le soignant est confronté à un refus, la parole entre en jeu. Si ce dialogue avec l'enfant n'est pas efficient, certains soignants n'hésitent pas à faire intervenir une tierce personne. Le parent. La présence des parents est très importante pour les soignants, car ils sont les premiers à pouvoir rassurer leur enfant, dans le cas où eux même sont rassurés. Mais parfois, le soignant se trouve dans une situation où il ne peut pas « laisser le choix » à l'enfant. Cela nous renvoie à ce qui est cité dans le cadre théorique. Devant le désaccord de l'enfant, il arrive que le soignant ne soit « tout simplement pas prêt à écouter ce que l'enfant a à dire »²⁴⁰ et donc à lui « laisser le choix ». Le soignant se questionne alors : « pourquoi et comment refuser ce qui est bon pour soi ? »²⁴¹. Si nous reprenons le discours des soignants, nous nous rendons compte que certains tentent de faire comprendre à l'enfant, qui refuse, l'« intérêt du soin » :

« Il faut arriver à se mettre à son niveau et arriver à faire comprendre l'intérêt du soin. Ce qui n'est pas toujours évident » (puéricultrice n°1, octobre 2017).

²⁴⁰ LOMBART, B, *Les soins en pédiatrie : faire face au refus de l'enfant*, éd. : Seli Arlsan, octobre 2016, p.53

²⁴¹ ROUGUET, S, « C'est pour ton bien ». Face au refus de soin de l'enfant, *enfances & psy*, n°73, janvier 2017, p. 146

Pour les soignants, tous les moyens sont bons pour essayer de montrer à l'enfant que le soin est fait dans son intérêt :

« On montre beaucoup sur nous pour montrer que le soin ne fait pas forcément mal [...] On a quand même pas mal de moyens pour essayer que les soins se passent dans de meilleures conditions donc on met tout en œuvre [...] on essaye de toujours trouver une solution de distraction » (puéricultrice n°1, octobre 2017).

« Je vais montrer par exemple sur papa ou maman que ça ne fait pas mal ou sur moi. [...] Je vais essayer d'utiliser : des termes plus adéquats à leur âge » (puéricultrice n°3, octobre 2017).

Devant le refus de soin, la **puéricultrice n°2** explique qu'en fonction de la situation il est possible d'attendre et de revenir dans la chambre quand l'enfant est calmé. Mais pour certains soins, cela reste quand même difficile de pouvoir attendre. Lors des sutures par exemple, *« c'est un petit peu plus compliqué parce que il faut aller vite »* car *« une fois que ça commence à cicatriser on ne peut plus faire de point »*. C'est alors à ce moment-là que le soin se complique. *« Au début on le force un peu, enfin un peu... totalement même. On le force. Et après souvent il se détend grâce au gaz, grâce au MEOPA »*, analgésie des actes douloureux. Cependant, pour que l'analgésie soit efficace, l'enfant doit pouvoir *« se laisser faire »*. Or comme l'explique la même puéricultrice, le masque au début *« est un peu invasif en fait... enfin ce n'est pas invasif dans le sens où ça rentre pas dans son corps, mais ça atteint quand même pas mal une partie du visage, on rentre vraiment dans la sphère personnelle du patient »* ce que l'enfant n'apprécie pas forcément. Même dans le but de détendre l'enfant, *« ça nous arrive de les contenir un peu... hélas pour qu'ils s'apaisent, toujours dans l'intérêt de l'enfant. Pour le soin en fait »*. Mais elle n'est pas la seule à se retrouver dans cette situation. Quand l'enfant refuse le soin, la **puéricultrice n°5** est *« obligée de le faire par la force »* surtout dans le cas où *« il s'agit d'un soin vital pour l'enfant »*.

Cette obligation de « *le faire par la force* » nous renvoie à ce que dit Sébastien Rouguet dans la revue *enfances & psy* : « *Si les explications, les techniques d'analgésies, et de distractions sont insuffisantes, il arrive qu'une contention le temps d'un soin soit décidée par une équipe soignante* ». Spontanément certains soignants, qui tentent de parler avec l'enfant, évoque également la « force » ou « la contention » sans que ce terme ait été abordé au début de l'entretien. Parfois les soignants sont confrontés à certains obstacles dans la prise en charge. Pour la **puéricultrice n°3**, il s'agit du temps. Ayant reçu la formation sur la « *douleur et l'hypnoanalgésie* » elle explique qu'« *qu'aux urgences c'est compliqué* » de la mettre en pratique. « *On n'a pas le temps de mettre ça en pratique malheureusement. Parce que c'est vraiment essayer de faire partir l'enfant et donc avec le MEOPA [...] et donc il faut du temps et malheureusement on n'a pas ce temps-là parfois* ».

Nous comprenons désormais que le « refus de soin » de l'enfant peut parfois compliquer sa prise en charge. L'obligation de faire, le manque de temps et la difficulté d'écouter l'enfant sont un ensemble d'obstacles qui ressort du discours des soignants. Nous pouvons alors nous demander s'ils permettent au soignant de continuer à « prendre soin ». Mais avant, nous allons nous intéresser aux compétences techniques et relationnelles des professionnels. Cette recherche nous permet de définir quelle compétence prévaut chez le soignant devant un refus de soin.

a) Compétences techniques et relationnelles face au refus de soin

Il est intéressant maintenant de pouvoir nous intéresser aux compétences techniques et relationnelles des soignants avant d'aborder le prendre soin. Ces compétences vont permettre aux soignants d'être dans une optique de « prendre soin ».

Pour certains professionnels, il est évident que la compétence relationnelle prévaut devant la compétence technique :

« Avant tout, moi je privilégie le relationnel et après il y a un moment ou forcément le soin il ne va pas y avoir le choix. Si c'est à un moment un bilan sanguin, il faudra forcément coûte que coûte le faire. Donc après bah on essaye tout dans ce cas-là. Si l'enfant n'est pas assez détendu on propose le MEOPA, le gaz hilarant, on propose ça pour pouvoir détendre » (Puéricultrice n°1, octobre 2017)

« On n'oublie pas nos compétences relationnelles quand même, parce que tout le long, on leur dit que c'est normal qu'ils ne soient pas contents, on leur explique, même si on force, on essaye quand même que bah voilà... qu'ils comprennent pourquoi est-ce qu'on leur fait ça et je pense la plupart du temps on y arrive parce qu'ils s'apaisent et ils comprennent, mais après, souvent enfin... dès qu'un soin est compliqué on fait du MEOPA, tout de suite. [...] Après c'est toute la distraction qui a autour : les bulles, les films, les dessins, les miroirs... on passe par toutes les solutions possibles. » (Puéricultrice n°2, octobre 2017)

« De toute façon la compétence technique, il n'y en a pas tant besoin que ça, euh... par rapport au relationnel. Le relationnel va te faciliter sur le technique. C'est-à-dire que si tu sais bien piquer mais que tu ne sais pas parler aux enfants et que tu ne sais pas rassurer les parents... euh... le soin a peu d'intérêt. Aux urgences c'est le premier contact qui va... qui va faire que l'enfant va être bien avec le soignant sur tout le reste de son hospitalisation. Donc euh... Je pense que le relationnel est beaucoup plus important que la technique. » (Puériculteur n°6, octobre 2017).

Pour d'autres, la compétence qui prévaut dépend vraiment de la situation :

« Bah ça dépendra de la pathologie qu'il a [...] Je crois que ce sera toujours... tu fais en fonction du degré de l'urgence, du degré de l'état de ton enfant. C'est surtout ça qu'il faut voir » (Puéricultrice n°5, octobre 2017)

« Ça va dépendre de l'urgence, parce que l'urgence va dépendre de si c'est un enfant qui n'est pas bien, c'est les compétences techniques qui vont être au-dessus des compétences relationnelles. On va prendre soin mais quand on est... voilà quand on a passé le stade de l'urgence vitale, euh... comme je dis on peut essayer de négocier avec l'enfant pour voir ce qu'on peut faire et comment on peut faire pour rester dans le prendre soin et le prendre en charge dans sa globalité » (Puéricultrice n°7, octobre 2017)

Pour d'autres encore, seule la compétence technique prévaut sur la compétence relationnelle quand il y a « refus du soin » :

« Ce qui est la vérité de mon travail au quotidien malheureusement c'est le côté technique. Après ce que je souhaiterais en tant qu'humain, en tant qu'infirmière en tant que jeune diplômée et voulant changer certaine chose, je préférerais que ce soit le côté divertissement qui prime [...] bah après on peut garder les deux mais c'est vrai que si il y a, si l'enfant refuse d'être soigné bah euh... on va... euh parfois on va le forcer parce qu'on sait que c'est pour son bien. [...] peut-être que derrière ça on se cache parce qu'on essaie de se rassurer comme on peut, malheureusement parfois les compétences relationnelles, on a tout mis en place et parfois bah on est quand même obligé de faire le soin et malheureusement... bah c'est tout. Il n'y a plus de relationnel parce qu'on a utilisé toute nos possibilités dans le relationnel ». (Puéricultrice n°3, octobre 2017)

Ainsi nous remarquons que chaque professionnel ne réagit pas forcément de la même manière devant le refus de soin. Si les réactions sont différentes, nous pouvons voir cependant que l'objectif reste le même : celui de prendre soin. Les compétences relationnelles sont principalement celles qui prévalent quand il y a un refus du soin. Nous allons ainsi pouvoir nous intéresser à ce que considèrent les soignants comme étant des compétences relationnelles.

b) Que sont les compétences relationnelles ?

Dans le cadre conceptuel, nous avons pu voir que les compétences relationnelles sont les capacités que va avoir une personne, ici le soignant, pour s'intéresser à une autre personne, ici l'enfant, « pour faciliter l'échange et la communication »²⁴². Le soignant doit pouvoir « savoir résoudre les problèmes et savoir prendre des décisions, avoir une pensée critique et avoir une pensée créatrice, savoir communiquer efficacement et être habile dans les relations interpersonnelles, avoir conscience de soi et avoir de l'empathie pour les autres, savoir gérer son stress et savoir gérer ses émotions »²⁴³. Il doit à la fois avoir de l'empathie, être bienveillant, bientraitant et bienfaisant lorsqu'il prend en charge un enfant.

²⁴² ALPIN, De quelles compétences relationnelles parle-t-on ?, (page consultée en septembre 2017), disponible sur : <<http://alpin.pro/competencesrelat.html>>

²⁴³ <http://inpes.santepubliquefrance.fr/30000/actus2015/026-competences-psychosociales-enfants.asp>

Voici ce que sont les compétences relationnelles pour les soignants interrogés :

« Je dirais l'empathie. Déjà il faut arriver à se mettre à la place des parents mais sans prendre leur place en fait. En restant quand même à sa place de soignant [...] l'écoute : enfin vraiment être à l'écoute de ce que chaque parent va nous dire. C'est important en fait. [...] Après c'est dans l'attitude je pense [...] dans la compréhension et l'écoute [...] la communication c'est hyper important aussi ». (Puéricultrice n°1, octobre 2017)

« De la patience, de l'écoute, et de l'adaptabilité, l'adaptation quoi... savoir selon tel enfant ce qu'il va préférer, de quelle manière on va amener le soin ». (Puéricultrice n°2, octobre 2017)

« D'être patient, euh... d'être attentif, d'être à l'écoute, parce que sinon on ne ferait pas ce métier-là. [...] savoir chanter, j'ai envie de dire que c'est essentiel dans ce service, si j'avais su, j'aurais pris des cours plus jeune. [...] Avoir toujours cette dynamique d'essayer de réfléchir à ce qui pourrait amuser l'enfant. [...] Mais je pense que la vraie compétence, c'est la compétence d'être à l'écoute pour pouvoir rassurer l'enfant » (Puéricultrice n°3, octobre 2017)

« L'écoute, la patience, on en a pas tout le temps, moi surtout [...] voilà expliquer... je trouve qu'il y a une bonne part aussi de prise en charge des parents ». (Puéricultrice n°4, octobre 2017)

« Il faut s'adapter à tout. La réceptivité, l'empathie... et voilà. Et faire attention, euh... bah a plein de choses. Mais au trio surtout : ne jamais mettre les parents à côté ». (Puéricultrice n°5, octobre 2017).

« C'est banal hein mais il faut être à l'écoute, il faut être capable justement d'amuser les enfants, de comprendre leur centre d'intérêt [...] Aussi beaucoup de gentillesse, d'attention et de douceur, après il y a plein de trucs sur la communication non verbale, le fait de se mettre à la hauteur de l'enfant » (Puériculteur n°6, octobre 2017).

« Et bien l'explication de soins, intégrer les parents aux soins [...] être à l'écoute et être dans l'empathie. » (Puéricultrice n°7, octobre 2017).

La compétence relationnelle qui revient le plus souvent est principalement celle de l'écoute. Le soignant cherche donc à « *savoir communiquer* » toujours dans un objectif de « *faciliter l'échange et la communication* ». Le soignant fait également appel à sa créativité. Il cherche à connaître les centres d'intérêt de l'enfant pour pouvoir en discuter pendant le soin. Le soignant chante aussi. Les soignants parlent également de patience. En effet avoir cette patience permet au patient de pouvoir « *gérer son stress et savoir gérer ses émotions* ». Sans patience, le soignant cherche à se dépêcher et ainsi peut parfois faire « plus de mal que de bien » lors du soin. L'empathie est la seule compétence relationnelle qui ressort du discours des soignants. En effet, les soignants cherchent à « *se mettre dans la position d'un autre* » ici enfant et parent, « *consciemment ou inconsciemment* »²⁴⁴. Il cherche à comprendre « *les émotions d'autrui* »²⁴⁵. S'il n'évoque pas la « bienveillance », certains soignants définissent comme compétences « *la gentillesse* », « *l'attention* », « *la compréhension* ». Tous des termes que nous retrouvons dans la définition de la « bienveillance » qui est « *la capacité à se montrer indulgent, gentil et attentionné envers autrui d'une manière désintéressée et compréhensive* »²⁴⁶.

Ainsi, nous remarquons que ce sont ces compétences que le soignant cherche à mettre en évidence quand l'enfant refuse le soin. Ces compétences relationnelles permettent au soignant de pouvoir « prendre soin ».

²⁴⁴ LACHAL C, Bébés, enfants et soignants, sortir ensemble des catastrophes, *Cahiers de la puéricultrice*, juin-juillet 2011, n°248, p.24

²⁴⁵ DORTIER, J-F., Empathie et bienveillance, révolution ou effet de mode, *Sciences Humaines*, Juin 2017, n°293, p.28

²⁴⁶ L'internaute : <http://www.linternaute.com/dictionnaire/fr/definition/bienveillance/> (page consultée en mai 2017).

A. LE « PRENDRE SOIN »

Si nous reprenons la définition du « prendre soin », il s'agit de « *l'intention de porter une attention particulière à une personne qui vit une situation qui lui est particulière et ce dans une perspective de lui venir en aide, de contribuer à son bien-être, à sa santé* »²⁴⁷. C'est également reconnaître la dignité de la personne malade et être centré sur les besoins qu'elle exprime « *verbalement ou corporellement* ». Lors des entretiens, les professionnels ont pu donner la définition de ce qu'était pour eux le « prendre soin ».

« Porter toute son attention sur l'enfant [...] c'est faire en sorte que chaque soin ne soit pas traumatisant pour lui [...] que ce soit dans son intérêt en fait. Tout en expliquant [...] à l'enfant ce que l'on fait de toute façon [...] prendre soin c'est savoir ce qu'on lui fait et le faire avec douceur, avec dextérité. Enfin avec tout ce qu'on apprend avec l'expérience ». (Puéricultrice n°1, octobre 2017).

« Mettre en place nos savoirs faire, nos savoirs être pour prendre en charge, soigner l'enfant, autant sur le plan physiologique et pathologique, que sur le plan mental [...] mais aussi en tant qu'enfant, qu'il se sente en confiance ». (Puéricultrice n°2, octobre 2017)

« Prendre soin c'est un terme très vaste qui pour moi veut tout et rien dire [...] du coup dans le concept prendre soin des autres pour moi c'est prendre soin de la personne. [...] prendre soin, c'est s'adapter à la personne qu'on a en face [...] c'est aussi prendre soin des parents. [...] Dans le geste ça va être d'expliquer ce qu'on fait, essayer de le rassurer pour qu'il soit moins anxieux. Essayer de le divertir [...] Je pense que le prendre soin aux urgences [...] c'est vraiment dans le côté enlever cette image du méchant médecin ou de la méchante infirmière qui fait que des piqûres [...] d'essayer au maximum possible de prendre le temps avec les patients [...] de répondre aux questions des parents. [...] en pédiatrie, ça passe surtout par le prendre soin des parents ». (Puéricultrice n°3, octobre 2017).

²⁴⁷ FORMARIER, M, *Les concepts en sciences infirmières*, 2^{ème} édition, éd. : ARSI, 2012, p.96

« Pour moi prendre soin c'est un petit peu être aux petits soins. Prendre soin c'est un peu ça quoi, c'est tenir compte de l'enfant. Mais euh... au bout d'un moment on ne peut plus tenir compte de son avis, voilà. Quand c'est à faire c'est à faire. Le soigner c'est aussi prendre soin de lui. On peut le prendre dans tous les sens. » (Puéricultrice n°4, octobre 2017).

« Ce n'est pas seulement le médicament tu sais, euh... C'est s'adapter à son âge et euh... prendre soin, c'est soin de lui... enfin, le soin thérapeutique mais le soin aussi de son état, de le rassurer, le soin de faire peut-être diversion avec du jeu, avec un dessin animé, et soin aussi des parents. C'est un triangle que tu dois vraiment prendre en compte. Ce n'est pas un enfant seul. C'est un enfant avec sa famille. » (Puéricultrice n°5, octobre 2017)

« C'est de prendre en globalité la prise en charge de l'enfant [...] de prendre en compte aussi le ressenti des parents, d'essayer de rassurer au maximum, parce que si les parents sont stressés l'enfant va être automatiquement stressé. [...] C'est essayé de trouver le centre d'intérêt ». (Puériculteur n°6, octobre 2017)

« C'est à la fois le soin technique, [...] mais aussi le soin relationnel, donc l'explication du soin, la réalisation du soin, et prendre en charge l'enfant dans sa globalité, ainsi que ses parents ». (Puéricultrice n°7, octobre 2017)

Ainsi, dans chacune des définitions du « prendre soin » donnée par les professionnels, nous remarquons que l'intention reste effectivement porter sur l'attention de l'enfant. Les professionnels sont attentifs à ses besoins et ses préférences. Le « prendre soin » des parents est également évoqué par les professionnels car il est important de pouvoir les rassurer. L'intérêt d'avoir demandé aux professionnels de définir le « prendre soin », nous permet de voir si devant le « refus de soin » il est facile de continuer à « prendre soin » tout en se rappelant que les professionnels tentent de faire prévaloir leurs compétences relationnelles.

a) **« Prendre soin » quand l'enfant refuse**

« Prendre soin » de l'enfant s'avère pour les professionnels être parfois compliqué quand l'enfant se trouve être dans le refus.

« D'un point de vue psychologique ou d'un point de vue de l'enfant ce n'est pas bien. Mais en même temps il faut le faire [...] quand c'est important on ne peut pas faire autrement. [...] Du coup je pense qu'il y a plus le côté pathologie et maladie qui prend le dessus que le côté de l'enfant dans sa personnalité, dans son être qui refuse quelque chose ». (Puéricultrice n°2, octobre 2017)

« Voilà on aura pris tous les moyens pour essayer de l'amener, bah si il ne veut pas bah c'est tout ce sera fait un petit peu par la force quoi [...] Après c'est vrai, on demande aux parents de bien tenir, mais on demande aussi de le distraire avec leur portable. Je trouve que ça marche bien. Après, la contention pour moi c'est le dernier recours. Mais bon les parents qui ont le masque et qui ne veut pas... voilà, un bras derrière, un bras devant. Et voilà, vous le faites. Pas le choix vous faites. » (Puéricultrice n°4, octobre 2017)

« Ça dépend si c'est une urgence, ce n'est pas une urgence, le degré de gravité [...] D'abord, enfin tu as quand même un gros dialogue qui se fait [...] Et puis après quand il faut vraiment le faire bah malheureusement, tu l'enroules soit dans une alèse, pour bien le maintenir. L'entonox tu es obligé des fois de forcer un petit peu parce que les deux trois premières minutes bah forcément tu mets un masque sur le visage, déjà qu'ils ne veulent pas le soin. [...] Ou alors tu vas très vite hein dans ton soin, tu as intérêt à être très technique. » (Puéricultrice n°5, octobre 2017).

« C'est accepter son refus. Pour les plus grands, le comprendre. Surtout pour les chroniques hein... le comprendre, et de voir, essayer de négocier avec lui, ou voir ce qu'on peut faire... [...] faire du donnant donnant en disant « bah moi je vais éviter de faire ça mais est ce que toi aussi tu peux faire ça en contrepartie... » Voilà je pense que c'est ça. C'est impliquer l'enfant pendant le soin en fait » (Puéricultrice n°7, octobre 2017)

Le puériculteur lui ne voit pas les choses de la même façon :

« C'est exceptionnellement rare qu'on ait du mal à prendre en soin un enfant à cause d'un soin comme ça où il y a une opposition, parce qu'il y a toujours un moment où ils comprennent que ils sont à l'hôpital et qu'il va y avoir des soins ».

(Puériculteur n°6, octobre 2017)

Devant les réponses des professionnels, nous pouvons nous interroger et se demander si cette notion de « prendre soin » disparaît lorsque l'enfant s'oppose et refuse. Certains soignants ont parfois du mal à accepter le refus et finissent par maintenir l'enfant car il est important de réaliser le soin. Pour le **puériculteur**, l'enfant finit par comprendre qu'il va devoir se faire soigner, ainsi il est possible pour lui de continuer à « prendre soin » même quand l'enfant n'est pas d'accord. La **puéricultrice n°7** est la seule qui évoque l'implication de l'enfant au soin.

Ce qu'expliquent ici les professionnels peut nous renvoyer à la *Charte de l'enfant hospitalisé*. En étant impliqué dans le soin, l'enfant devient acteur car il prend part aux décisions et peut essayer de négocier avec le soignant. Or, nous remarquons aussi que lorsque l'enfant refuse il peut se retrouver exposé aux « *agressions physiques et émotionnelles* » évoqué dans la Charte. Le terme « force » employé par certains soignants quand ils ne peuvent « faire autrement » peut nous renvoyer à ces « *agressions physiques* ». En effet, certains soignants qui se disent être obligé de faire le soin vont « forcer » l'enfant « *parce que c'est pour son bien* ». Mais que retrouvons nous derrière ce terme « forcer ».

Si nous reprenons les différents entretiens, nous pouvons remarquer qu'une majorité des professionnels évoque spontanément la notion de « force ». En reprenant avec la **puéricultrice n°3** une situation qu'elle a vécue en utilisant un drap lors des sutures et en lui demandant ce à quoi lui faisait penser cette technique, celle-ci a spontanément répondu : « *oh bah à la contention* ». Nous allons ainsi nous intéresser à « la contention » et la représentation des soignants devant son utilisation.

B. LA CONTENTION

Si nous reprenons la définition de la contention, il s'agit d'un « *procédé thérapeutique qui permet d'immobiliser un membre, de comprimer des tissus ou de protéger un malade agité* ». La contention physique est « *l'utilisation de tous moyens, méthodes, matériels ou vêtements qui empêchent ou limitent les capacités de mobilisation volontaire de tout ou d'une partie du corps dans le seul but d'obtenir la sécurité pour une personne âgée qui présente un comportement estimé dangereux ou mal adapté* »²⁴⁸. En pédiatrie, elle a pour but de limiter « *débordements et manifestations émotionnels* » de l'enfant. Elle devient contention manuelle, comme nous l'avons vu dans le cadre théorique, dès le moment où elle nécessite « *l'intervention de plusieurs adultes pour maintenir une ou plusieurs parties du corps de l'enfant afin de le protéger de lui-même, dans une situation de prise en charge devant être rapide et efficace* »²⁴⁹. Derrière cette contention manuelle, se retrouve « *l'intention de maîtriser l'enfant* ». S'intéresser aux représentations des soignants nous permet d'évaluer s'ils considèrent le maintien de l'enfant comme une contention ou tout simplement comme une notion d'aide pour le soin.

« De premier abord je vois plus adulte attacher après ici quand on y pense, contention... après je pense qu'il faut élargir, qu'il ne faut pas penser juste à attacher les personnes au lit. Ici ça arrive des fois qu'on fasse... enfin contention.... Je ne sais pas si on peut prendre ça comme de la contention mais par exemple les envelopper dans un drap juste pour les contenir en fait, pour vraiment pour pas qu'il y ait une angoisse débordante, ou pour les contenir lors d'un soin. » (Puéricultrice n°1, octobre 2017).

« Je ne sais pas comment la définir, euh... contenir l'enfant c'est-à-dire le maintenir en fait, le mettre immobile pour qu'on puisse effectuer le soin et qu'on puisse, ce que je disais... moi je vois plus, euh... ce sera pour si parfois les enfants ils s'agitent, parfois c'est un peu comme des nouveau-nés avec leur reflexe de Moro, du coup on les contient un peu pour leur dire « aller calme toi ».

²⁴⁸ Rapport de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES), Evaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé : limiter les risques de la contention physique de la personne âgée, 2000, p.10

²⁴⁹ ESTRADÉ, M, TESSIER-LEVÊQUE, M, WANQUET-THIBAUT, P, La contention lors des soins en pédiatrie, *Soins pédiatrie/puériculture*, septembre/octobre 2016, n°292, p.41

Moi j'ai déjà pris un enfant, les bras et les jambes, et lui dire « allez maintenant ! STOP et tu te calmes, tu respire un bon coup, tu t'apaises. On va écouter une musique, on va se calmer un peu » pour justement qu'il se recentre un peu sur lui-même. [...] Maintenir immobile un enfant pour essayer... pour qu'on puisse faire quelque chose avec lui et collaborer on va dire quand c'est possible. [...] J'ai déjà vu avec des sangles mais c'était sur PM (prescription médicale) dans le cadre de pathologies psy où le patient devenait dangereux pour lui mm ou pour le personnel, et après qu'est-ce que j'ai vu d'autres... pour contenir un enfant... ah bah si en suture j'ai déjà vu le bras, ou on prend le drap on fait un peu comme un cocon, enfin non pas comme un cocon mais comme un emmaillotage en fait » (Puéricultrice n°2, octobre 2017).

« Le premier mot qui me vient à l'esprit ce serait la maltraitance. Après euh...vraiment j'ai été choqué au début de cette façon de faire après j'ai vite compris que aussi on n'a pas le choix pour le bien du patient. La première fois que j'ai vu ça je me suis dit « mais non ce n'est pas possible, on le maltraite l'enfant » et donc après avec l'anxiété dans le service tu te rends compte qu'on le maltraite pas du tout en fait, qu'on n'a pas le choix c'est pour son bien. [...] on a pas le choix après ça peut paraître maltraitant et j'ai envie de dire aussi que c'est une sorte de cocon aussi... quoi c'est paradoxal parce que j'utilise vraiment deux termes complètement à l'opposé mais par exemple le fait aussi de les mettre dans un drap comme ça, ça les renferme sur eux un peu comme la position fœtale qu'on utilise quand on a mal quelque part [...] Les ¾ du temps ça reste quand même des enfants qui ne supportent pas qu'on les maintienne et donc on est obligé de les mettre la dedans parce que ça reste quand même une technique ou au moins il ne bouge pas les bras et les jambes... ou le médecin, on se protège aussi, c'est aussi une sorte de protection par rapport à nous parce qu'on évite aussi de se recevoir un coup de pied, ou une claque.[...] C'est perçu pour les parents comme maltraitant si on ne leur explique pas ce qu'on fait à leur enfant. Si on explique même à l'enfant, même si il hurle et tout ça, mais si on lui explique, si on prend le temps d'expliquer, pour moi ce n'est pas de la maltraitance, on est passé par un côté explicatif parce qu'on veut se protéger, parce qu'on veut protéger tout d'abord l'enfant, et donc on met un moyen pour protéger les deux personnes. » (Puéricultrice n°3, octobre 2017).

« *La contention, bah c'est le drap. C'est devoir le tenir, devoir le serrer.* » (Puéricultrice n°4, octobre 2017).

« *Oh ce n'est pas quelque chose de violent. Généralement... bah c'est de bien maintenir l'enfant. Parce que tu sais que... par exemple je prends une prise de sang, où vraiment il se débat, il n'a pas envie et tout, le fait que l'enfant soit bien maintenu ça va beaucoup plus vite [...] ce n'est pas une contention avec les bracelets où ils sont accrochés tu vois, c'est vraiment une contention, ça peut être tes bras, ça peut être une alèse pour ne pas qu'il te donne de coup de pieds, en même temps c'est protéger, c'est protéger ceux qui sont autour quoi* » (Puéricultrice n°5, octobre 2017).

« *Bah la contention je la vois plutôt comme une mesure dans les problèmes pédopsy. C'est-à-dire qu'il arrive chez certains enfants qu'il y ait de la contention pour des problèmes psychiatriques plus qu'autre chose. Sinon, il n'y a pas de contention ici. Et la contention en général ça permet aussi d'aider l'enfant qui en a besoin de se recentrer sur lui-même. [...] Je sais qu'en réanimation pédiatrique, il y a de la contention quand il y a des sondes d'intubation, là par contre tu as plus de cas de contention. Tu accroches les mains, pratiquement systématiquement chez un enfant qui est intubé ventilé, par sécurité* ». (Puériculteur n°6, octobre 2017).

« *Alors... euh... c'est vrai que je pense à la contention physique avec les sangles, mais c'est vrai que l'on peut parler de contention, de tenir l'enfant. Là oui... on l'utilise souvent (rires) surtout chez les petits* » (Puéricultrice n°7, octobre 2017).

Les réponses des soignants sur la définition de la contention permettent de mettre en évidence le fait que cette notion ne soit pas vécue ou définie par tous de la même façon. Plusieurs soignants pensent de premier abord à la contention physique qui se fait avec des liens ou des sangles. Cette technique n'est rarement voire jamais vue au sein du service des urgences pédiatriques. Certains enfants, présentant des troubles psychiatriques, y sont parfois mis mais cela relève d'une prescription médicale. Nous remarquons qu'en termes de contention physique, le drap reste particulièrement le moyen le plus utilisé. Les soignants le caractérisent

d'utile au soin car il permet à la fois de contenir l'enfant et de le protéger, ou de le recentrer sur lui-même, mais c'est également un moyen de protéger les personnes se trouvant autour de lui. Le drap est lié à « *l'emmaillotage* » qui paraît être au regard du soignant moins violent et moins intrusif pour l'enfant.

Certains soignants intègrent bien le fait que maintenir l'enfant c'est aussi le contenir donc faire usage de la contention. Pour d'autres, cette notion a une tout autre signification :

« Après tenir le bras de l'enfant pour faire un bilan c'est différent parce que il y a des fois on n'a pas le choix, clairement il faut faire la prise de sang, c'est trop risqué il peut se blesser si il bouge. Donc forcément on va maintenir pour faire en sorte qu'il ne bouge pas ». (Puéricultrice n°1, octobre 2017).

« Pour moi ce n'est pas une contention, c'est juste pour... c'est maintenir, ce n'est pas une vraie contention [...] On essaye de le faire en douceur avec d'autres éléments, avec de la distraction et tout ça... donc pour moi ce n'est plus, ce n'est pas une vraie contention quoi. [...] On ne fait plus la contention comme on a pu la faire quand on n'avait rien d'autres pour éliminer la douleur. » (Puéricultrice n°4, octobre 2017).

« Ah ! Le fait de... oui... moi je pensais que tu parlais, avec des tissus, avec des... enfin d'accord ! Euh... juste contention manuelle bah en fait c'est pour pas louper le soin quoi. C'est-à-dire qu'il y a quelqu'un qui va tenir le bras au-dessus ou en dessous de la prise de sang pour pas qu'on loupe le geste. Parce que s'il n'y a pas ça tu peux recommencer. » (Puériculteur n°6, octobre 2017).

Pour la **puéricultrice n°7**, cette contention s'explique par différents facteurs : *« je pense que ça dépend aussi de la charge de travail que l'on peut avoir sur la journée. Si il y a une charge de travail hyper importante euh... de travail et que il y a pleins d'enfants, beaucoup de soins... je pense qu'on sera moins dans le prendre soin que si on a beaucoup de temps. Et du coup on va avoir peut être un peu moins de patience pour expliquer le soin, pour essayer que ça se passe mieux et on est vite dans le... dans la contention entre guillemets, du fait qu'il soit plus petit, de le maintenir pour faire un soin. »*

Lors des entretiens, la notion de l'âge de l'enfant ressort assez souvent : « *les tous petits* ». Il est intéressant de réfléchir sur la représentation des soignants évoquant ce « tout petit » sur qui la contention est le plus utilisée.

a) La contention manuelle : à quel âge ?

La tranche d'âge qui est le plus évoqué chez les professionnels est celle entre 2 ans et 4 ans. Certains professionnels vont jusqu'à dire que la « contention manuelle » est utilisée jusqu'à 6 ans. Seule la **puéricultrice n°3** dit qu'elle peut concerner « *toutes les tranches d'âge, parce que c'est en fonction de l'anxiété de l'enfant* ».

Si nous reprenons le cadre théorique, nous savons que l'enfant entre 1 an et 4 ans voir même 6 ans se situe dans une période « pré-opératoire ». A cette période, l'enfant ne sait pas encore faire de rapprochements logique. C'est ce que met en évidence **la puéricultrice n°4** quand elle dit que pour elle, la tranche d'âge des « *18 mois à 3 ans* » est celle qui est « *la plus difficile à raisonner* ». A cet âge-là, l'enfant commence tout juste à s'exprimer. Cependant, il rencontre encore des difficultés pour « *défendre ses points de vue et ses opinions* » ce qui le met dans une situation plus vulnérable à l'hôpital car il n'est pas forcément entendu. Le **puériculteur n°6** met en avant le fait qu'entre 2 et 4 ans « *c'est vraiment très sport à cet âge-là* » car « *ils comprennent que c'est stressant, mais ils ne comprennent pas l'intérêt* ». En effet, à cet âge-là, l'enfant « *a des difficultés à se représenter ce qui lui arrive, n'a pas la capacité de comprendre la nécessité d'un soin, son retentissement pour sa santé à long terme* ». Pour la **puéricultrice n°7**, il est difficile avec les enfants de moins de 6 ans « *de leur expliquer, d'avoir leur approbation* » pour un soin.

Ainsi nous remarquons ici que l'enfant peut avoir des difficultés à « *défendre ses points de vue ses opinions* » quand le soignant a décidé de faire le soin. Maintenant que nous savons comment les soignants considèrent cette « contention manuelle » utilisée principalement sur les enfants de moins de 6 ans, il est important de pouvoir connaître leur ressenti par rapport à cette pratique mais également de pouvoir identifier l'intention de ce geste.

b) Le vécu du soignant pendant la contention manuelle

Devoir utiliser la contention nécessite que le soignant soit conscient de ses actes. En effet cette contention qui est loin d'être anodine peut être vécue pour le soignant comme difficile, ou au contraire bénéfique pour la prise en charge.

« Alors moi je n'aime pas la mettre en place, je sais que c'est rarement moi qui dit « allez ! On va mettre le drap par exemple ». Pour moi le drap c'est une contention assez forcée, pas illégale mais ce n'est pas sur prescription médicale, donc c'est un peu limite [...] Je sais qu'avant je vais essayer de pas faire le soin avec la contention, je sais que la contention ça va être pour moi un moyen d'un peu immobiliser l'enfant pour qu'on puisse parler avec lui, parce que souvent quand ils sont colères ils nous entendent pas [...] Et après quand on l'a fait moi j'aime pas du tout, j'ai l'impression de forcer l'enfant. Et puis on se dit : bon allez il faut le faire, oui mais pour lui c'est traumatisant donc à côté de la contention, on essaye quand même de faire un truc un peu plus sympa, pour aussi je pense se soulager nous ». (Puéricultrice n°1, octobre 2017).

« Au début c'est difficile puisque tu te dis « mince » tu as eu les cours en infirmier et que tu en sors et que ça ne fait pas très longtemps tu te dis « où s'arrête la maltraitance ? » Et après tu te dis, de toute façon cet enfant tu ne vas pas le laisser avec un trou énorme dans le genou, [...] ou on ne va pas le laisser repartir sans son bilan sanguin parce que c'est vital pour lui. Euh.... Donc on ressent de la peine et en même temps moi je sais qu'au fond de moi je sais que c'est pour son bien. » (Puéricultrice n°3, octobre 2017).

« Ah bah rien du tout hein, je vous le dit. [...] On ne fait plus la contention comme on a pu la faire quand on n'avait rien d'autres pour éliminer la douleur [...] aujourd'hui on utilise beaucoup la distraction : et les jeux tout ça, les portables ils ont l'esprit bien occupé ». (Puéricultrice n°4, octobre 2017).

« Oh bah ce n'est agréable. Tu as plus de pression pour réussir ton soin rapidement. [...] c'est vrai que des fois tu peux être malheureusement énervé [...] après tout ce que tu as mis en œuvre et que tu te rends compte que ça ne marche pas bah tu es un peu déçue quoi. [...] c'est dommage d'en arriver là quoi. [...] Je n'aime pas. C'est un échec je trouve quelque part de ne pas avoir réussi à calmer un enfant pour un soin. » (Puéricultrice n°5, octobre 2017).

« Non moi ça ne me fait rien du tout en fait. C'est-à-dire que si je ne maintiens pas mais qu'on recommence cinq fois le geste, c'est plus embêtant que si tu le maintiens 20 secondes et que ton geste est réussi quoi. C'est comme une ponction. Si tu le maintiens mal, ça va durer une heure, si tu le maintiens bien ça va durer 4-5 minutes. Donc je ne le vois pas mal du tout, dans la mesure où si on ne le fait pas, bah l'enfant il ne va pas aller mieux [...] maintenir si c'est pour lui sauver la vie, ce n'est pas bien gênant. Même la famille le comprend. » (Puériculteur n°6, octobre 2017)

Les **puéricultrices n°2 et n°4** décrivent également ce qu'elles ressentent physiquement pendant cet acte :

« Ça me donne chaud (rires) bah déjà parce qu'il faut maintenir l'enfant, quand il bouge c'est assez sportif. Donc déjà on n'aime pas, quand on n'arrive pas à piquer, on n'arrive pas à faire un soin, on tachycarde un peu, on a nos pulsations qui augmentent un peu, on commence à être toute moite, à être rouge... on a le regard des parents, l'enfant on voit qu'il n'est pas content, donc on n'aime pas trop. » (Puéricultrice n°2, octobre 2017)

« Oh bah c'est fatigant moralement surtout. Ça crie dans tous les sens, tu es obligé de maintenir, tu es obligée d'appeler les collègues.... Quand peu que tu as autre chose à côté bah toi tu stresse [...] généralement tu vois quand on les soigne c'est quand même pour leur bien, ce n'est pas pour leur faire du mal. » (Puéricultrice n°5, octobre 2017).

En général, devoir faire usage de la contention manuelle est souvent vécu comme étant difficile pour certains soignants du fait des conséquences qu'elle entraîne sur eux. Pour un soignant, elle est considérée comme utile car elle permet de faire le soin plus rapidement, ce qui va également dans l'intérêt de l'enfant. C'est pourquoi l'ensemble des soignants continuent le soin, car il « *doit être fait [...] parce qu'on est quand même dans un service d'urgence* » (puéricultrice n°5, octobre 2017). Lorsque la situation devient difficile, et que le soignant « *sent la souffrance de l'enfant* » il arrive que les **puéricultrices n°2 et 7** arrêtent le soin. Ce qui est souvent répété aussi au cours des entretiens, c'est que certains soignants vont effectivement arrêter le soin pour passer le relais à leur collègue. Donc si le soin s'arrête pour le soignant, car cela devient difficile pour lui, il ne s'arrête pas forcément pour l'enfant.

Derrière ce geste, il y a une intention. Nous avons vu dans le cadre théorique que l'intention est celle de « *maîtriser l'enfant* ». Pour les soignants interrogés, nous pouvons nous apercevoir que cette intention est tout autre. Pour eux, la contention manuelle permet de faire le soin. Elle est parfois jugée nécessaire pour l'enfant. Chaque professionnel y trouve donc une intention positive. Il y a derrière ce geste « *une bonne intention pour l'enfant, pour sa santé* », « *quand on le maintient, c'est pour son bien [...] pour qu'on puisse savoir ce qu'à l'enfant et pour qu'on puisse le guérir* ». Il y a une réelle « *intention de soins* ». Pour la **puéricultrice n°2**, ce geste qui part d'une bonne intention finalement, devient une « *mauvaise intention* » quand elle-même, en tant que soignante, devient « *une simple exécutante* » et quand elle fait un soin à contre cœur, c'est-à-dire qu'elle n'a « *pas envie de lui faire* ».

Si pendant le soin, les soignants ont un vécu différent devant la contention manuelle, il est intéressant de se demander ce qu'il se passe une fois le geste terminé. Son usage fait-il l'objet d'une discussion inter équipe ? L'enfant retrouve-t-il une certaine sérénité après le soin ? C'est ce que nous allons découvrir dans la prochaine partie.

c) **Et après la contention manuelle ?**

Après la contention, les professionnels sont parfois déçus. La **puéricultrice n°4** se dit que « *c'est dommage, on aurait pu s'y prendre autrement* ». Elle dit ressentir « *plus de satisfaction à réussir un soin sans contenir vraiment qu'à devoir contenir un enfant et de faire ça par la force* », et de rajouter « *ce n'est pas marrant* ». Elle demande « *quand même* » à l'enfant « *si ça s'est bien passé* ».

Pour certains soignants, leur ressenti va surtout dépendre de l'état de l'enfant et de son comportement après le soin. Pour la **puéricultrice n°2**, « *quand l'enfant tout du long n'a pas été coopératif, on ne se sent pas très bien* ». Après le geste, la **puéricultrice n°3** se rassure en se disant « *que c'est pour son bien* ». Elle fait intervenir les parents en leur demandant de « *réconforter l'enfant* », elle « *donne des petits jouets pour leur dire qu'ils ont été courageux malgré tout* ». Pour la **puéricultrice n°7**, cela dépend également de la confiance que va bien vouloir donner l'enfant au soignant par la suite.

Pour en venir à la relation de confiance avec l'enfant, celle-ci se retrouve assez facilement. Elle « *s'adoucit* » car l'enfant « *n'est pas rancunier* » (puéricultrice n°5, octobre 2017). Dans l'ensemble, les professionnels s'excusent après le soin. D'autres en reparlent avec l'enfant. La **puéricultrice n°2** lui explique et raconte « *ce qu'il s'est passé* ». Pour le **puériculteur n°6**, l'intérêt est d'instaurer une relation de confiance « *énorme avant comme ça même s'il y a des soins douloureux, [...] le contact est maintenu après* ». Pour la **puéricultrice n°7**, il est plus difficile de savoir si c'est « *le fait d'avoir maintenue qui fait qu'on a perdu un contact ou si c'est la pathologie, la peur... comme on ne les voit pas plus longtemps, c'est difficile à dire s'ils ont retrouvé cet apaisement et cette confiance qu'ils peuvent avoir en nous* ».

En ce qui concerne la discussion inter équipe, nous pouvons remarquer que la plupart des professionnels en parlent mais de manière informelle : « *on ne va pas faire non plus une réunion* » (puéricultrice n°2, octobre 2017). Parfois ils en parlent pour dire que « *ça a été difficile avec cet enfant* », « *pourtant on a tout utilisé* », « *je n'ai pas réussi* », « *j'ai dû vraiment le maintenir parce qu'il bougeait trop, il ne voulait pas* ». La **puéricultrice n°5** en reparle selon si « *ça a été costaud ou pas* » mais elle en reparle plus avec l'enfant. La **puéricultrice n°2** dit que dans l'équipe, « *il n'y a personne qui aime le faire, et quand on le fait, on sait qu'on le fait à contre cœur donc on en reparle* ». Comme la **puéricultrice n°3** y va souvent avec une autre collègue, elle en rediscute également avec elle. La **puéricultrice n°4** n'en reparle pas forcément avec son équipe, par contre elle n'hésite pas à le dire quand elle a réussi alors qu'elle pensait que « *ça allait être difficile* ». Le **puériculteur n°6** n'en reparle pas non plus. Pour lui, « *c'est tellement le quotidien ici* » aux urgences pédiatriques. Il estime que « *c'est aussi banal que de prendre la température à un enfant* ». La « *contention manuelle* » est devenue « *le propre de la pédiatrie* ». La **puéricultrice n°7** va en reparler quand il s'agit d'une « *contention vraiment avec des sangles* » quand « *c'est plus dans un contexte d'agressivité envers nous* » mais pas quand il s'agit de soins pour les « *patients classiques entre guillemets* ».

Désormais nous allons réaborder la notion des « compétences relationnelles » mais cette fois-ci dans un contexte où est utilisée la contention manuelle. En effet il est intéressant de voir si l'usage de la contention manuelle fait « disparaître » l'ensemble des compétences que les soignants ont cité précédemment.

d) Compétences relationnelles et contention manuelle

Nous avons vu précédemment que lors d'un refus de soin, la majorité des soignants privilégiait leurs compétences relationnelles. Qu'en est-il lorsqu'ils font usage de la contention manuelle ?

« Moi je suis toujours dans l'écoute. Dans l'attitude, enfin dans l'empathie ; Après voilà, l'important je pense c'est de savoir juger, peser ses mots en fait. Toujours trouver les bons termes pour expliquer aux parents l'intérêt » (Puéricultrice n°1, octobre 2017)

« Je pense qu'elles sont toujours là mais, par exemple, la patience, elle va être quand même là quand on a le temps, parce que c'est assez compliqué, quand on n'a pas le temps [...] on va écouter l'enfant [...] Moi je dirais quand même qu'avant de passer à la contention il y a bien au moins 15 min de négociations [...] Après pour l'écoute je pense que même avec une contention on le fait : on dit « je comprends que tu ne sois pas bien, j'entends que tu n'es pas envie ». [...] Et après l'adaptation [...] Ce sont des compétences qui sont quand même là, mais qu'on met en place autrement pour faire le soin quand même. Oui je pense qu'on ne met pas nos compétences de côté ». (Puériculteur n°2, octobre 2017)

« Elles sont toujours là parce que quand on maintient l'enfant il faut quand même réussir à être patiente pour ne pas craquer [...] et ne pas crier sur un enfant et euh... ne pas hausser la voix. Donc non, il faut toujours que ces compétences soient là même si on le maintient ». (Puéricultrice n°3, octobre 2017).

« Je les ai toujours, ça ne change rien. Je les ai pour un autre. Ça ne va pas changer ma façon de voir, de penser. C'est quelqu'un avec qui on n'a pas réussi hein c'est tout, mais ce n'est pas la majorité donc ça ne remet pas en cause notre façon de faire » (Puériculteur n°4, octobre 2018)

« Il faut les continuer [...] on maintien tout en chantant, tout en s'occupant avec douceur de l'enfant, quand on le maintien c'est en douceur aussi. A la fin du soin, il n'a pas des bleus parce qu'on l'a maintenu (rires), et justement... c'est là tout l'art d'être un bon professionnel en pédiatrie » (Puériculteur n°6, octobre 2017)

« Je pense que l'un ne va pas sans l'autre. Ce n'est pas parce qu'on contient qu'on n'explique pas, qu'on ne rassure pas, qu'on ne fait pas de distraction pour essayer de faire penser à autre chose à l'enfant. Donc ça, ça fait partie aussi du relationnel [...] C'est notre quotidien de réassurer tout en contenant quoi. » (Puéricultrice n°7, octobre 2017)

Seule une puéricultrice porte un avis différent sur la question :

« Je crois que tu focalises peut être plus sur ton soin parce que tu dois le faire. [...] je crois que tu fais peut être une certaine parenthèse en disant, « bon c'est tout je dois techniquer, je technique... c'est tout, ce n'est pas comme ça que j'aurais voulu que a se fasse mais... euh... je suis obligée ». Voilà c'est vraiment ça. Je suis obligée donc je le fais. Et après bah... tu réexpliques, tu dédramatises [...] C'est important de dédramatiser ce geste qui n'est pas agréable tout compte fait, une contention ce n'est jamais agréable. » (Puéricultrice n°5, octobre 2017)

Nous pouvons constater que même quand il y a un besoin de contenir l'enfant manuellement les soignants, dans la majorité, gardent toujours à l'esprit ces compétences relationnelles que sont l'écoute, la patience, la douceur, l'adaptabilité, et l'empathie. Rare sont ceux qui évoquent cette parenthèse dans le soin. Certains cherchent à se rassurer en utilisant à côté leurs compétences relationnelles et en proposant à l'enfant de la distraction.

V. SYNTHÈSE DE L'ANALYSE

Maintenant que nous avons analysé les différents entretiens pour les mettre en relation avec le cadre théorique, nous pouvons reprendre la problématique :

En quoi le refus de soin conduit la puéricultrice à faire usage de la contention manuelle sur l'enfant de 2 à 7 ans ?

Devant cette question, une première hypothèse se pose :

- Le refus de soin conduit la puéricultrice à prioriser ses compétences techniques au regard des compétences relationnelles le temps du soin.

Il semble difficile de pouvoir valider ou non cette hypothèse car les soignants n'ont pas un avis unanime. Comme nous avons pu le voir, les soignants sont nombreux à privilégier la compétence relationnelle devant le refus de soin. Ils n'hésitent pas à trouver des solutions pour rassurer l'enfant. En effet, l'enfant refuse car il ne comprend pas ce qu'il va lui arriver dans ce lieu peu rassurant qu'est l'hôpital. C'est pourquoi, et les soignants l'expriment assez facilement, il est important avant le soin de parler à l'enfant, de lui expliquer ce qu'il va être fait et comment le soin va se dérouler. Sans cette explication le soignant se retrouve face à un enfant qui n'est plus capable de coopérer. A l'inverse, dans le cas où le soin devient urgent et vital pour l'enfant deux des puéricultrices interrogées se retrouvent contraintes de faire passer leurs compétences techniques avant leurs compétences relationnelles car elles n'ont pas le temps de mettre en place de la distraction. Nous remarquons également que le simple fait de mettre en place une analgésie, comme le MEOPA, met le soignant devant une autre difficulté ; celle de faire accepter le masque à l'enfant. Si l'enfant n'est pas en capacité de « se calmer » devant le soin, l'analgésie se fait difficilement et le soignant n'a quand même pas « d'autres choix » que de réaliser le soin. Mais la volonté de tout soignant reste tout de même une volonté de faire passer la compétence relationnelle avant la compétence technique quand l'enfant refuse un soin.

Devant cette même question, une deuxième hypothèse se pose :

- L'intention d'optimiser la prise en charge de l'enfant conduit la puéricultrice à utiliser la contention manuelle

Il est possible de valider cette hypothèse. « Prendre soin » de l'enfant est l'un des objectifs principal du soignant. Mais comme nous l'avons vu, parfois des obstacles viennent s'interférer dans la « prise en charge » de l'enfant. Ces obstacles sont le plus souvent, comme nous l'avons vu, des obstacles de temps et de moyens qui amènent le soignant à « être obligé » d'utiliser la contention manuelle. Comme nous l'avons vu dans le cadre théorique, « *la contention s'avère nécessaire pour réaliser les gestes techniques* ». Elle est nécessaire car elle permet de « prendre soin ». Lors des entretiens, les soignants, en majeure partie, expliquent devoir utiliser la contention manuelle « *dans l'intérêt de l'enfant* », mais aussi « *pour son bien* ». L'usage de cette contention permet aussi pour certains soignants d'optimiser la prise en charge car le soin est « *plus vite terminé* ». Ainsi, cette pratique devient presque ancrée dans la pratique professionnelle car derrière ce maintien, l'intention du soignant s'avère être positive. Nous pouvons remarquer que si les soignants maintiennent l'enfant, qui bouge, c'est pour éviter qu'il ne se fasse mal pendant le soin en risquant de se piquer par exemple. Ainsi l'usage de la contention manuelle est toujours faite dans un but de protéger l'enfant et de « prendre soin » de lui.

CONCLUSION

Réfléchir tout au long de ce travail à l'usage de la contention manuelle lors des soins me permet de mieux appréhender cette pratique qui aujourd'hui semble banalisée car le soignant fait usage de ses mains. Des mains qui dans les représentations peuvent se trouver être moins violentes que les sangles, les liens ou encore les « menottes » que l'on peut retrouver dans certains service.

Lors de ce travail, nous avons ainsi pu voir que le soignant était souvent confronté au refus de soin de l'enfant. Ce refus du soin que certains professionnels ont du mal à entendre comme un appel à la négociation. Alors l'enfant, qui est généralement âgé de 2 à 7 ans ne comprend pas pourquoi le soignant cherche à lui faire absolument le soin. Il ne comprend pas l'intérêt. Tandis que le soignant, lui voit cet intérêt : en effet il est un intérêt de soin pour le « bien » de l'enfant. Si le soignant affirme que c'est pour le « bien » de l'enfant. L'enfant, lui ne s'imagine parfois pas que le soin qui va lui être fait est « pour son bien » car lui ne voit que l'aiguille ou le masque. Alors il s'agite. Il se débat et ne se « laisse pas faire ». Le soignant « contraint » de faire le soin a du mal à accepter que l'enfant puisse s'opposer. C'est alors que l'enfant devient lui-même contraint. Contraint par les mains du soignant. Ces mains qui quelques minutes plus tôt avaient pour intention de « soigner ».

Tout au long de ce projet professionnel, nous nous sommes intéressés à la place de la puéricultrice devant le refus de soin d'une part et la contention d'autre part. Nous nous sommes intéressés à sa place en tant qu'acteur qui face au refus du soin prend les devants par la contention manuelle et non en tant qu'observateur de cette pratique. Nous nous sommes intéressés à la place du « prendre soin » lors de l'usage de cette contention. Nous pouvons remarquer que même en faisant usage de cette pratique les soignants considèrent qu'ils continuent à « prendre soin ». En effet, le soin est à faire et la contention manuelle est un moyen qui leur permet de faire ce soin. C'est pourquoi, cette pratique part toujours d'une bonne intention : celle de faire le soin.

Ce travail m'a permis de réfléchir à ma posture en tant que future professionnelle. Il me permet de réfléchir à la façon dont il est possible de « prendre soin » mais aussi de me dire qu'il est important de prendre en compte chaque geste que nous entreprenions pour « prendre soin » de l'enfant. Si ces gestes deviennent « violents », c'est alors que nous sommes allés trop loin et qu'il faut s'arrêter. Ce travail m'aide à réfléchir aux compétences relationnelles de la puéricultrice, qui sont primordiales pour la prise en charge de l'enfant. J'ai compris combien il est important de ne jamais les mettre de côté lors du soin. Interroger la question de la contention, et particulièrement celle de la contention manuelle, me permet de me rendre compte combien cette pratique est rendue légitime par certains soignants du fait qu'elle soit normale car retrouvée au sein de différents services et du fait qu'il n'y ait pas « d'autres possibilités ».

Le but de ce travail n'est pas de trouver des mesures alternatives à la contention, mais bien de comprendre pourquoi les soignants, qui ont acquis des compétences relationnelles comme l'empathie, la bienveillance ou encore la bientraitance, arrivent-ils encore à faire l'usage de la contention. En investiguant directement sur le terrain, nous nous rendons compte que certains obstacles font que le soignant est sujet à utiliser cette pratique pour arriver à terminer le soin : manque de temps, l'organisation qui fait que parfois il se retrouve seul pendant le soin, la fréquentation élevée dans le service des urgences pédiatriques qui demande au patient de faire « vite » tout en faisant « bien ».

Tout au long de mes recherches, et en interrogeant les professionnels, de nouvelles pistes de réflexions m'ont été soumises. Il est vrai que je n'ai pas eu l'occasion au cours de ce travail de m'intéresser à la place des parents dans le soin lorsque les soignants font usage de la contention manuelle. Leur place n'est évoquée que très brièvement lorsque les soignants expliquent que les parents sont parfois présents pour maintenir leur enfant. Un autre sujet qui peut s'avérer intéressant est celui de l'« enfant courageux » lors du soin. Les soignants sont parfois nombreux à dire à l'enfant qu'ils maintiennent pendant le soin qu'il est « courageux ». Mais l'enfant se considère-t-il réellement comme étant quelqu'un de courageux ?

Une autre piste de réflexion me questionne. Celle de la formation. Nous avons vu que lors de la formation infirmière, les étudiants avaient très peu vu du tout de cours concernant la contention, et encore moins la contention manuelle. C'est pourquoi pour certains, maintenir l'enfant avec les mains n'est pas contenir ou ne fait en aucun cas penser à de la contention. Puis, à la sortie de l'école, certains soignants peuvent rencontrer des difficultés pour se former. Nous pouvons nous demander par ailleurs si une formation sur la contention, et la contention manuelle, est proposée aux soignants. Cette réflexion nous permet de s'interroger à nouveau :

En quoi une formation sur la contention manuelle permettrait au soignant de « prendre soin » sans être « forcé » de maintenir ?

BIBLIOGRAPHIE

LIVRES :

BROCA (de) Alain, *Le soin est une éthique*, Paris : Editions Seli Arslan, février 2014, 124 pages (ISBN : 978-2-84276-197-4).

FORMARIER, Monique, *Les concepts en sciences infirmières*, 2^{ème} édition, Editions : Association de recherche en soins infirmiers (ARSI), 2012 ; 328 pages (ISBN : 9782953331134)

GRASSIER, Jacqueline, et al., *Le guide de la puéricultrice : prendre soin de l'enfant de la naissance à l'adolescence*, 3^{ème} édition, Paris, Editions Elsevier-Masson, janvier 2008, 1145 pages, (ISBN : 978-2-294-08786-8)

HESBEEN Walter., *Prendre soin à l'hôpital: inscrire le soin infirmier dans une perspective soignante*, Editions Masson, mars 1997, 208 pages (ISBN : 9782294102226)

JOUSSELME, Catherine, *Comprendre l'enfant malade : Du traumatisme à la restauration psychique*, Psychothérapies, Paris : Editions Dunod, juin 2014, 187 pages (ISBN : 978-2-10-071297-7)

KREMP, Louis, et al., *Puériculture et pédiatrie*, 7^{ème} édition : Lamarre, octobre 2017, 1566 pages (ISBN 13 : 9782757301098)

KIPMAN, Simon-Daniel, *L'enfant et les sortilèges de la maladie*, Paris, Editions Stock, 1981, 174 pages, (ISBN 13 : 9782234014275)

LACOMBE Josiane, *Le développement de l'enfant de la naissance à 7 ans*, Editions De Boeck, septembre 2007, 245 pages.

LOMBART, Bénédicte, *Les soins en pédiatrie : Faire face au refus de l'enfant*, Paris, Editions Seli Arslan, octobre 2016, 222 pages (ISBN : 978-2-84276-223-0)

MOREL Corinne, *ABC de la Psychologie de l'enfant : de la naissance à l'adolescence*, Editions Jacques Grancher, mars 1999, 267 pages (ISBN : 2-7339-0616-X).

SELLENET, Catherine, *Les puéricultrices au cœur de l'enfance*, Editions Hommes et perspectives, mai 2002, 299 pages (ISBN 13 : 9782911616952).

SVANDRA Philippe, *Eloge du soin : une éthique au cœur de la vie*, Paris, Editions : Séli Arslan, février 2009, 284 pages (ISBN : 9782842761493).

TISON, Brigitte., *Soins et cultures : formation des soignants à l'approche interculturelle*, éd. : Masson, avril 2007, 256 pages (ISBN : 9782294082856)

VAN BROECK, Nady, VAN RILLAER, Jacques, *L'accompagnement psychologique des enfants malades*, Editions Odile Jacob, janvier 2012, 240 pages (ISBN 13 : 978-2738127426)

ARTICLES :

BACLE, Camille, *La construction du jeune enfant à travers le regard de l'adulte*, *Métiers de la Petite Enfance*, n°224, août-septembre 2015, p.24-28.

BORNAND, Elvire, NIRELLO, Laura, *La notion de bienveillance du point de vue du chercheur*, *Soins Cadres*, n°89, février 2014, p.42-43.

CHEVILLOTTE, J, *Contention abusive et responsabilité infirmière*, *La Revue de l'infirmière*, n°159, avril 2010, p.29-31.

CONSTANT, Jacques, *L'enfant est toujours différent. La notion d'enfant dans la pratique de la pédopsychiatrie*, *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, n°56, 2008, p.174-179

DORTIER, Jean-François., *Empathie et bienveillance, révolution ou effet de mode ?*, *Sciences Humaines*, Juin 2017, n°293, p.26-31.

ESTRADE, Marie, TESSIER-LEVÊQUE, Mélanie, WANQUET-THIBAUT, Pascale, *La contention lors des soins en pédiatrie*, *Soins pédiatrie/puériculture*, septembre/octobre 2016, n°292, p.39-43.

ETHICA CLINICA, L'enfant à l'hôpital : pour une métamorphose de la médecine, *revue francophone d'éthique des soins de santé*, septembre 1997, 32 pages.

FOUILLEN Jenna, Prendre soin de l'enfant tsigane, *Cahiers de la puéricultrice*, janvier 2014, n°273, p.30-34

GUENICHE Karine, Le psychologue, l'enfant et les sortilèges de la maladie, *Le Journal des Psychologues*, n°254, janvier 2008, p.26-28.

GRASSIN, Marc, WANQUET-THIBAUT, Pascale, L'éthique de la bientraitance, *Soins*, n°805, mai 2016, p.26-28

GRAZ, Bertrand, et al., La « bientraitance », exploration du concept et essai d'utilisation en santé publique. Une expérience à Fribourg (Suisse), *Santé publique*, Editions SFSP, n°1, janvier 2009, volume 21, p.89-99

LACHAL Christian, Bébés, enfants et soignants, sortir ensemble des catastrophes, *Cahiers de la puéricultrice*, juin-juillet 2011, n°248, p.24-26.

LE COZ Pierre, Vulnérabilité du nouveau-né, enjeux philosophiques et éthiques, *Cahiers de la puéricultrice*, n°280, octobre 2014, p.12-16.

LOMBART, Bénédicte, Questionner l'usage de la force lors des soins pédiatriques, *Cahiers de la puéricultrice*, n°301, novembre 2016, p.12-15.

MOUGEL, Sarra, Le corps de l'enfant hospitalisé, *Corps*, n°11, janvier 2013, p.267-275.

PEOC'H, Nadia, Bientraitance et éthique du care, *Recherche en soins infirmiers*, n°105, Editions Association de recherche en soins infirmiers (ARSI), juin 2011, p.4-13

QUINON, Marie, La bientraitance, qu'est-ce à dire ?, *Soins aides-soignantes*, volume 2, n°6, octobre 2005, p.14-15

ROUGUET, Sébastien, « C'est pour ton bien ». Face au refus de soin de l'enfant, *enfances & psy*, n°73, janvier 2017, p. 146-154. (ISBN : 9782749255217)

THIBAULT, Pascale, Le recours à la contention, *L'infirmière Magazine*, n°281, juin 2011, p.38-40.

UGUET, Amélie., La contention de l'enfant en question, *Cahiers de la puéricultrice*, avril 2014, n°276, p. 37-38.

VALLON Serge, Qu'est-ce qu'un enfant ?, *VST- Vie sociale et traitements*, ERES, mars 2001, n°71, p.5-5

VEDEL, Isabelle, La contention physique passive en gériatrie : une pratique courante, en particulier la nuit, non modifiée par une meilleure application des recommandations de l'ANAES, *Gérontologie et société*, janvier 2006, volume 29, n°116, p.153-160.

ZAFIROPOULOS, Markos, Qu'est-ce qu'un enfant ? De l'enfant phobique à l'enfant-fétiche, *Figures de la psychanalyse*, ERES, février 2012, n°24, p.51-63 (ISBN : 9782749234861)

SITE INTERNET :

- **Législation :**

Association « Enfants à l'Hôpital », *Charte de l'enfant hospitalisé*, 1988, (page consultée en juin 2017), <<http://www.sersante.com/charte-enfant/>>.

CODE DE LA SANTE PUBLIQUE, Loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie. Journal officiel, n°95 du 23 avril 2005, (page consultée en octobre 2017), <<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006685767&dateTexte=20111108>>

CODE DE LA SANTE PUBLIQUE, Décret n°2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux règles liées à l'exercice de de la profession infirmière, Journal officiel n°183 du 8 août 2004, livre III, titre 1er, art. R.4311-1 et suivants, (page consultée en octobre 2017), <<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000421679&categorieLien=id>>

CODE CIVIL, Loi n° 2002-305 du 4 mars 2002 relative à l'autorité parentale, Journal officiel du 5 mars 2002, (page consultée en octobre 2017) <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=A24343741B9F9B6AE64BAE56D0057294.tpdjo12v_1?cidTexte=LEGITEXT000006070721&idArticle=LEGIARTI000006426468&dateTexte=20101117&categorieLien=id#LEGIARTI000006426468>

Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, Journal officiel n°0022 du 27 janvier 2016, article n°72, (page consulté en septembre 2017), <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexteArticle.do;jsessionid=DE83B1DD8947D4510CEBFEBA8385B866.tplgfr24s_2?idArticle=JORFARTI000031913312&cidTexte=JORFTEXT000031912641&dateTexte=29990101&categorieLien=id>

UNICEF, *Convention Internationale des Droits de l'Enfant*, 20 novembre 1989, 31 pages (page consultée en juin 2017), < <https://www.unicef.fr/sites/default/files/convention-des-droits-de-lenfant.pdf>>

- **Définitions :**

Humanium, *Droits de l'enfant : la signification de l'enfant et des droits des enfants*, (page consultée en juin 2017), <<https://www.humanium.org/fr/les-droits-de-l-enfant/>>

« Bienveillance » :

L'internaute : <http://www.linternaute.com/dictionnaire/fr/definition/bienveillance/> (page consultée en mai 2017).

Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales : <<http://www.cnrtl.fr/lexicographie/bienveillance>>, (page consultée en mai 2017).

« Bienfaisance » :

Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales : <http://www.cnrtl.fr/lexicographie/bienfaisance>, (page consultée en mai 2017)

« Bientraitance » : <http://www.bientraitance.fr/definition-bientraitance/> (page consultée en mai 2017).

HURST, Samia, *Bienfaisance, non malfaisance, justice : aussi à l'avenir ?*, 17 juin 2009, (page consultée en septembre 2017), http://www.academia.edu/2820647/Bienfaisance_non-malfaisance_justice_aussi_%C3%A0_l_avenir

SPARADRAP, *L'enfant à l'hôpital*, (page consultée en juin 2017), disponible sur : <https://www.sparadrapp.org/content/download/30221/315896/version/1/file/2012_01+Bebezi+ne+-+Dossier+l'enfant+à+l'hôpital.pdf>

ALPIN, *De quelles compétences relationnelles parle-t-on ?*, (page consultée en septembre 2017), disponible sur : <<http://alpin.pro/competencesrelat.html>>

SANTE PUBLIQUE France, *Développer les compétences psychosociales des enfants et des jeunes*, 2016, (page consultée en septembre 2017), disponible sur : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/30000/actus2015/026-competences-psychosociales-enfants.asp>

Société Française de Gériatrie et Gérontologie, *La contention et la liberté d'aller et venir*, Mobiquial (page consultée en mai 2017), disponible sur : <http://www.mobiquial.org/alzheimer/SOURCES/ETBS-DIAPORAMAS/AUTOUR_DU_PATIENT/PDF/A14.CONTENTION.pdf>

AUTRES :

Agence Nationale de l'Évaluation et de la qualité des Établissements et Services sociaux et Médico-sociaux (ANESM), *La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre*, Recommandations des bonnes pratiques professionnelles, Nancy, juillet 2008, 51 pages.

ANAES, Conférence de Consensus : « l'agitation en urgence (petit enfant excepté) », Paris, Editions Masson, 2003. (Recommandations du Jury, texte court), p.58-64.

Le Contrôleur général des lieux de privation de la liberté, *Isolement et contention dans les établissements de santé mentale*, Paris, Editions Dalloz, avril 2016, 136 pages. (ISBN 978-2-247-16310-6).

LOMBART, Bénédicte, *De la contention lors des soins en pédiatrie ou de l'altérité invisible*, Master de philosophie, Université Paris-Est Marne la Vallée, septembre 2011, 49 pages.

LOMBART, B, et al., Contention lors des soins : audit dans un hôpital pédiatrique, Extrait des actes des journées Pédiadol 2011 « La douleur de l'enfant. Quelles réponses ? », p.10-14, UNESCO, Paris. Disponible sur < http://pediadol.org/IMG/pdf/U2011_lombart.pdf >

Ministère des affaires sociales et de l'intégration, Programme des études préparant au diplôme d'Etat de puéricultrice, Arrêté du 13 juillet 1983, 23 pages.

Rapport de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES), *Evaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé : limiter les risques de la contention physique de la personne âgée*, 2000, 42 pages.

Rapport BELMONT, *Principes éthiques et directives concernant la protection des sujets humains dans le cadre de la recherche*, rapport de la Commission nationale pour la Protection des sujets humains dans le cadre de la recherche biomédicale et béhavioriste, 1979, 15 pages disponible sur :

<http://www.frqsc.gouv.qc.ca/documents/10191/186011/Rapport_Belmont_1974.pdf/511806ff-69c4-4520-a8f8-7d7f432a47ff>

ANNEXES

ANNEXE I : GUIDE D'ENTRETIEN	1
ANNEXE II : Entretien puéricultrice n°2.....	2
ANNEXE III : Le Test de Tinetti.....	8
ANNEXE IV : Echelle de mesure de la contention	10

ANNEXE I : GUIDE D'ENTRETIEN

Bonjour, dans le cadre de mon projet professionnel à l'école de puéricultrice, je souhaiterais vous poser quelques questions qui pourront me permettre d'avancer dans mes recherches concernant le « *refus de soin de l'enfant* ».

Ce guide d'entretien est anonyme, aucun prénom ne sera retranscrit lors de l'analyse. Je souhaite interroger des personnes qui acceptent d'être enregistrée. Chaque question répond à un objectif.

1. Quel est votre parcours professionnel ?

- Relance 1 : Depuis combien de temps travaillez-vous dans ce service ?
- Relance 2 : Avez-vous eu une formation sur la douleur ? (laquelle ?)

2. Pouvez-vous me parler des différents soins infirmiers que vous réalisez dans votre service ?

- Relance 1 : Quels sont les difficultés rencontrées dans les soins ?
- Relance 2 : Comment faites-vous face à un refus de soin de l'enfant ?

3. Quand je vous parle du « prendre soin », qu'est-ce que cela signifie pour vous ?

- Relance 1 : Que se passe-t-il quand il y a un refus de soin et que vous devez « prendre soin » ?
- Relance 2 : Pour vous, devant le refus de soin la compétence technique prévale-t-elle sur la compétence relationnelle ?

4. Quand je vous parle de « la contention », comment la définissez-vous ?

- Relance 1 : Et la contention manuelle ?
- Relance 2 : Varie-t-elle selon l'âge de l'enfant ?
- Relance 3 : Pour quelle tranche d'âge est-elle le plus utilisée ?

5. Au moment de la contention, que se passe-t-il pour vous ?

- Relance 1 : Comment vous sentez-vous physiquement ?
- Relance 2 : Quelles sont vos intentions à ce moment-là ?
- Relance 3 : Continuez-vous le soin dans ces cas-là ?

6. Que se passe-t-il après la contention, quand le soin est terminé ?

- Relance 1 : Que ressentez-vous ?
- Relance 2 : Reparlez-vous en avec l'équipe ?
- Relance 3 : Comment faites-vous pour réinstaurer une relation de confiance avec l'enfant ?

7. Quelles sont pour vous les compétences relationnelles propres à votre profession ?

- Relance 1 : Quand vous devez faire le soin à l'enfant et que vous faites usage de la contention, que deviennent ces compétences ?

ANNEXE II : Entretien puéricultrice n°2

Bonjour, dans le cadre de mon projet professionnel à l'école de puéricultrice, je souhaiterais vous poser quelques questions qui pourront me permettre d'avancer dans mes recherches concernant le « *refus de soin de l'enfant* ».

Ce guide d'entretien est anonyme, aucun prénom ne sera retranscrit lors de l'analyse. Je souhaite interroger des personnes qui acceptent d'être enregistrées.

1. Quel est votre parcours professionnel ?

Alors du coup moi je suis diplômée infirmière (*compte*) depuis juillet 2013. J'ai tout de suite enchaîné avec l'école de puéricultrice donc sur l'année 2014. Entre infirmière et puéricultrice je n'ai pas travaillé je suis partie en voyage pendant 4 mois. Et après donc l'année puéricultrice j'ai travaillé 6 mois en région parisienne dans un centre de réadaptation et rééducation pédiatrique dans un service respiratoire et gastroentéro avec des enfants trachéotomisés, ventilés, des enfants sous nutrition parentérale. Et après je suis arrivée ici en juin 2015, donc ça fait 2 ans et demi que je suis là.

- Relance 2 : Avez-vous fait une formation complémentaire ? Laquelle ?

En formation complémentaire j'ai fait la formation de réanimation pédiatrique et néonatale, le RANP. Je suis référente étudiante. C'est deux formations que j'ai c'est tout.

2. Pouvez-vous me parler des différents soins infirmiers que vous réalisez dans votre service ?

Alors tous les soins qu'on peut être amené à faire... alors... principalement les petits soins de nursing ; les lavages de nez, les petites toilettes avant les poses d'urinocol, les prises de paramètres vitaux, les prises de poids. Après en soins plus techniques : prise de sang, pose de cathéters, pose de perfusions, aspirations nasales, buccales... pour tout ce qui est euh soit pour dégager l'enfant soit pour des prélèvements. Euh... des sondages urinaires, des sutures, bon ce n'est pas nous qui suturons mais c'est nous qui accompagnons le médecin surtout pour faire le MEOPA. Euh... qu'est-ce qu'on va avoir d'autres : des ECG, des aérosols, administration des traitements par voie orale, euh... des pansements, un peu en tout genre... je réfléchis... majoritairement c'est ça. Des poses de sondes nasogastriques... voilà.

- Relance 1 : Quels sont les difficultés rencontrées dans les soins ?

Euh... quand il y a des difficultés, la plupart du temps ça va être parfois le refus du patient. Pas le refus des parents parce que quand ça arrive mais c'est assez rare qu'ils ne veulent pas qu'on fasse un soin, souvent c'est eux qui amènent leur enfant donc c'est un peu étrange quand ils ne veulent plus faire le soin alors qu'ils viennent pour soigner l'enfant. Alors souvent après leur en avoir parlé ils acceptent le soin. Quand ils n'acceptent pas du tout bah on ne peut pas leur faire hein. Là on ne va pas au-delà de leur souhait à part si c'est des grosses urgences vitales. Euh... mais je n'ai jamais eu de cas où les parents se sont interposés à ce qu'on soigne leur enfants. Ou alors, des peurs enfin des peurs... ce n'est pas des difficultés parce que c'est normal mais des peurs des parents, que ça se passe mal, que l'enfant est mal et aussi des peurs de l'enfant mais souvent quand c'est l'enfant qui a peur et qui arrive à exprimer sa peur moi je sais qu'on arrive souvent à l'atténuer en parlant, en faisant des soins à côté ou alors parfois on va commencer le soin, de manière un peu forcé, puis après en commençant un peu la distraction il va commencer à s'apaiser. Donc soit les parents, soit l'enfant qui vont refuser le soin ou qui vont être un peu... on va dire qui vont un peu freiner... qui ne vont pas être très compliant ou participatif on va dire. Et euh... sinon... parfois on a le problème du temps qui fait que on ne va peut-être pas... quand on a le temps, voilà on sait qu'on a le temps, on va se poser, on va lui expliquer... ça va être plus cool et tout. Quand il y a beaucoup beaucoup de monde, et qu'on enchaîne un peu les soins, c'est un peu plus compliqué de prendre ce temps là pour un peu les apaiser, leur expliquer et les mettre en confiance quoi.

o Relance 2 : Comment faites-vous face à un refus de soin de l'enfant ?

Alors première chose qu'on va faire c'est quand même... enfin personnellement, moi je sais que je vais essayer de lui parler à l'enfant. Il y a beaucoup de parents, et on a eu le cas il n'y a pas longtemps, qui pensent que si leur enfant il a 1 an ou même 9 mois il ne va pas comprendre ce qu'on lui dit. Moi je sais qu'il y a une maman qui m'a déjà dit : « *pourquoi vous lui parlez il ne comprend pas ce que vous lui dite* » (rires)... bah si il comprend.

Donc j'essaye déjà de parler à l'enfant et si je vois que l'enfant ne m'écoute pas trop après je vais parler aux parents pour qu'ils interviennent et qu'après ils essayent d'expliquer à son enfant. Après parfois c'est les parents qui sont tellement stressés et angoissés, que l'enfant ressent cette angoisse et cette peur et je pense que ça joue beaucoup, que ça communique un peu. Et du coup on essaye d'apaiser les parents avant. Donc ça. Et après ça dépend ce que c'est par exemple j'ai déjà eu une petite fille à qui on devait faire un sondage urinaire, un aller-retour parce qu'elle ne faisait pas pipi, pour bandelette urinaire... euh elle a refusé le soin. Catégoriquement ce n'était pas possible, on a essayé elle ne voulait pas... ne se laissait pas faire, et ben on l'a pas fait. On a attendu qu'elle fasse pipi pendant 4h et c'est tout. Après quand c'est des sutures, c'est un petit peu plus compliqué parce que il faut aller vite... enfin aller vite après on n'est pas dans l'heure près mais après une fois que ça commence à cicatriser on ne peut plus faire de point : du coup c'est quand même un enjeu infectieux et esthétique. Ce n'est pas très important pour certains mais quand même quand c'est une petite fille ou un petit garçon et que c'est juste sur le front, c'est important. Et du coup ça nous arrive, alors on force carrément l'enfant... alors souvent, j'ai jamais vu un soin ou on forçait tout le long du soin. Souvent au début on le force un peu, enfin un peu... totalement même. On le force. Et euh après souvent il se détend grâce au gaz, grâce au MEOPA, parce que en fait au début c'est le masque, c'est un peu invasif en fait... enfin ce n'est pas invasif dans le sens où ça rentre pas dans son corps, mais ça atteint quand même pas mal une partie du visage, on rentre vraiment dans la sphère personnelle du patient, donc ça je pense qu'ils n'aiment pas trop. Donc on a beau leur montrer avant chaque soin pour qu'ils jouent avec, voilà souvent je leur dit que « c'est le masque qu'utilise les pompiers dans leur camion de pompier, ou dans les avions ou pur aller dans les fusées pour aller dans l'espace » ou des choses comme ça, mais le gaz en fait si ils ne se laissent pas faire, ça ne joue pas trop trop. Il faut vraiment qu'il soit un peu plus détendu. Si il ne fait qu'être polypnéique et suffoquer, parce qu'il est angoissé, ça ne va rien faire. C'est pour ça qu'au début ça nous arrive de les contenir un peu... hélas pour qu'ils s'apaisent, toujours dans l'intérêt de l'enfant. Pour le soin en fait. Et puis on leur explique. Moi souvent je leur dis : « tu as le droit de ne pas être d'accord, c'est normal de ne pas être d'accord mais là c'est comme ça, il faut que ça soit fait ». Donc voilà.

Et l'enfant lui il comprend ? Bah ça je ne sais pas si il arrive à comprendre ? J'aimerais bien être dans leur petite tête parfois. Mais il y en a qui s'apaisent, il y en a où tu... après j'ai jamais eu de cas où... Ah si j'ai eu une fois un cas où là c'est le médecin qui insistait. Moi je ne voulais pas faire la prise de sang, je trouvais que c'était complètement inutile surtout qu'il passait au bloc le lendemain donc ils auraient pu le piquer sous anesthésie générale. Et non, non il fallait le faire tout de suite tout de suite. On aurait pu faire un antalgique par voie rectale par exemple et il voulait absolument que ce soit fait par voie intraveineuse. Et au bout de... je pense qu'on l'avait piqué déjà au moins quatre fois, et donc au bout de la quatrième fois... il venait la pour un doigt sectionné, donc on devait faire un antidouleur. Donc on faisait pire que mieux au final parce qu'on lui faisait trop mal et il n'avait toujours pas son antidouleur. A part là où j'ai eu vraiment l'impression de faire souffrir un enfant, je n'ai jamais eu de cas où quand même.... Autant j'ai des collègues je sais qu'elles sont un peu dure, je sais que moi je suis un peu sensible à ça, et que je n'aime pas trop les voir... donc la plupart du temps on arrive quand même à les apaiser un peu...

3. Quand je vous parle du « prendre soin », qu'est-ce que cela signifie pour vous ?

Mettre en place nos savoirs faire, nos savoirs être pour prendre en charge, soigner l'enfant, autant sur le plan physiologique et pathologique, que sur le plan mentale. Hein que ce soit... c'est vraiment mettre en place une globalité de soins pour que l'enfant soit bien, mais pas que bien... enfin pas que hémodynamiquement, ou dans la pathologie, mais aussi en tant qu'enfant, qu'il se sente en confiance.

- o Relance 1 : Que se passe-t-il quand il y a refus de soin et que vous devez « prendre soin » ?

Bah c'est... (*Souffle*), ce que je disais : on se dit que par exemple d'un point de vue psychologique ou d'un point de vue de l'enfant ce n'est pas bien. Mais en même temps il faut le faire. Après ça dépend pour quoi c'est. Quand on fait une prise de sang et que derrière le médecin... parfois il y a des médecins qui nous disent : « oh on va quand même lui faire une prise de sang même si je pense qu'elle sera normale » et qu'on voit que l'enfant c'est assez difficile : bah non on ne va pas faire sa prise de sang et il se débrouillera autrement. Quand c'est important, on ne peut pas faire autrement. L'enfant... C'est bête hein mais hélas ce n'est pas trop possible de faire autrement. Du coup je pense qu'il y a plus le côté un peu plus pathologie et maladie qui prend le dessus que le côté de l'enfant dans sa personnalité, dans son être qui refuse quelque chose... bah en effet, on ne l'écoute pas trop quoi.

- o Relance 2 : pour vous, devant le refus de soin la compétence technique prévale t'elle sur la compétence relationnelle ?

Non parce que du coup on n'oublie pas nos compétences relationnelles quand même, parce que tout le long, on leur dit que c'est normal qu'ils ne soient pas content, on leur explique, même si on force, on essaye quand même que bah voilà... qu'ils comprennent pourquoi est-ce qu'on leur fait ça et je pense la plupart du temps on y arrive parce qu'ils s'apaisent et ils comprennent, mais après, souvent enfin... dès qu'un soin est compliqué on fait du MEOPA, tout de suite tout de suite. **En première intention ?** Oui, par exemple pour une prise de sang on va mettre l'EMLA si on voit que l'EMLA n'a pas trop fonctionné hop on passe au MEOPA, après le MEOPA ça marche ça ne marche pas, ce n'est pas la solution miracle. Après c'est toute la distraction qui a autour : les bulles, les films, les dessins, les miroirs... on passe par toutes les solutions possibles.

Quand vous me parlez de l'enfant qu'on contient, est-ce que pour vous ça peut-être de la contention ? Bah oui.

4. Quand je vous parle de « la contention », comment la définissez-vous ?

Euh... (*Réfléchis*) contenir l'enfant... (*Rires nerveux*) je ne sais pas comment la définir, euh... contenir l'enfant c'est-à-dire le maintenir en fait, le mettre immobile pour qu'on puisse effectuer le soin et qu'on puisse, ce que je disais... moi je vois plus, euh... ce sera pour si parfois les enfants ils s'agitent, parfois c'est un peu comme des nouveau-nés avec leur réflexe de MORO, du coup on les contient un peu pour leur dire « aller calme toi ». Moi j'ai déjà pris un enfant, les bras et les jambes, et lui dire « allez maintenant ! STOP et tu te calmes, tu respire un bon coup, tu t'apaises. On va écouter une musique, on va se calmer un peu » pour justement qu'il se recentre un peu sur lui-même. Parce que après bah c'est comme nous quand on s'énerve et que on part... c'est un peu un mécanisme quoi... du coup on essaye de faire ça, ouais c'est vrai : maintenir immobile un enfant pour essayer... pour qu'on puisse faire quelque chose avec lui et collaborer on va dire quand c'est possible.

Et donc vous vous l'utilisez surtout avec les mains ? alors euh... la chose qu'on fait tout le temps a part quand on sait que l'enfant... moi je sais que quand je fais un soin invasif comme une prise de sang ou pose de cathéter, ce qu'on fait très très souvent, on est en binôme souvent. A part quand l'auxiliaire ou ma collègue me dit « tu veux que je vienne avec toi » et que je me dis « oh non il est grand et que ça va bien se passer », oh bah il a 5 ans mais hyper concilient à l'entrée, je pense qu'on va réussir, ça va aller et tout. Ou alors on va être à deux et pendant la préparation du matériel quand on parle avec l'enfant on voit que ça va il n'est pas trop stressé... euh... sinon la plupart du temps à deux pour faire la distraction et pour maintenir l'enfant, le contenir. Souvent on tient le bras. Donc souvent on explique aux parents, et chez les tout petit, on ne fait pas la prise de sang, a part quand c'est un AM où ils le font au sein, euh quand ils sont tout petit parce qu'ils bougent moins quand même, on le fait sur le brancard, les parents toujours à côté, mais on maintient le bras parce que leur articulations c'est hyper mobile, leur plis du coude ou articulations, quand a peine ça bouge la veine elle part, donc c'est assez compliqué, donc on contient pas mal avec les bras quand même. Et après euh... j'ai déjà vu avec des sangles mais c'était sur PM dans le cadre de pathologies psy où le patient devenait dangereux pour lui mm ou pour le personnel, et après qu'est-ce que j'ai vu d'autres... pour contenir un enfant... ah bah si en suture j'ai déjà vu le bras, ou on prend le drap on fait un peu comme un cocon, enfin non pas comme un cocon mais comme un emmaillotage en fait, comme chez le tout petit et euh.. Moi je sais que je 'ai déjà fait avec une collègue. Et c'est

là où je te disais, on lui a d'abord mis une musique et là il s'est apaisé et on a pu faire le masque et après on avait enlevé le drap du coup. Deux fois j'ai fait ça... où on mit le drap pour vraiment qu'il fasse un arrêt sur image du coup. C'était affreux, il bougeait dans tous les sens, on a du faire sortir les parents parce qu'il donnait des coups à ces parents, euh... il était vraiment... et une autre fois où la petite fille elle se débattait dans tous les sens, elle donnait des coups donc un moment on l'a laissé, sur le brancard, enfin par terre, elle était par terre, elle s'énervait et une fois qu'elle s'est calmée je lui ai dit de s'allonger, je lui ai mis le petit drap, et la pareil on avait mis la RDN et elle s'était calmée, on avait quand même laissé le drap parce que c'était une grosse grosse plaie au niveau, ici, (*elle montre l'endroit*) et du coup il ne fallait pas du tout qu'elle bouge. Donc voilà.

o Relance 2 : Pour quelle tranche d'âge est-elle le plus utilisée ?

Euh... je dirais entre 4 et 6 ans. *Parce qu'ils ont plus de mal selon vous ?* Je ne sais pas. Pourquoi plus à cet âge-là... (*Changement de salle*), je pense que c'est aussi parce que c'est vraiment à cet âge-là qu'ils expriment vraiment ce qu'ils ne veulent pas. Vu qu'ils sont petits parfois ils ne veulent pas mais ils ont moins de vigueur, moins de force pour dire qu'ils ne veulent pas et puis ils n'ont pas la parole pour pouvoir forcément l'exprimer. Et je pense que après quand ils sont plus grands ils acceptent plus facilement, ils ont de par l'expérience déjà vécu des choses, ils comprennent très bien l'intérêt les conséquences, alors qu'entre 4 et 6 les conséquences d'un acte est moins claire. Je dirais ça.

5. Au moment de la contention, que se passe-t-il pour vous ?

Alors moi je n'aime pas la mettre en place, je sais que c'est rarement moi qui dit « allez on va mettre le drap par exemple ». Pour moi le drap c'est une contention assez forcée, pas illégale mais ce n'est pas sur prescription médicale, donc c'est un peu limite. C'est quand même assez rare que ce soit moi qui la mette en place. Je sais qu'avant je vais essayer de pas faire le soin avec la contention, je sais que la contention ça va être pour moi un moyen d'un peu immobiliser l'enfant pour qu'on puisse parler avec lui, parce que souvent quand ils sont colères ils nous entendent pas, ils crient, ils frappent enfin il n'y a pas d'interactions possibles avec l'enfant et puis du coup les parents sont dans un état pas possible parce qu'ils voient leur enfant dans une colère... parfois aussi c'est un peu... enfin c'est pas de l'éducation mais il y a des enfants ils veulent pas... on va pas faire un soin douloureux par ex, ça va être juste la prise des paramètres vitaux : donc une température par exemple... non, non, il ne veut pas, il n'y a pas moyen. Il va mal nous parler. Parfois, c'est vrai qu'on va un peu hausser le ton : en disant, « stop maintenant c'est docteur qui décides, tu es malade, il faut faire ça ». Et les parents qui sont un peu... alors que c'est pas vraiment notre rôle, c'est plus le rôle d'un parent de dire à son enfant au bout d'un moment : « maintenant il est temps, on est venu ici c'est pour toi », donc c'est pas du tout de la contention là je divague un peu... mais du coup c'est plus ce que je te disais, c'est mettre plus sous contention, je vais plus maintenir l'enfant pour essayer de faire ça pour dire : « allez maintenant on se regarde, on va parler et tu vas essayer de m'écouter, je vais essayer de t'expliquer ce qu'on va faire ». Et après quand on l'a fait moi j'aime pas du tout, j'ai l'impression de forcer l'enfant. Et puis on se dit : bon allez il faut le faire, oui mais pour lui c'est traumatisant donc à côté de la contention, on essaye quand même de faire un truc un peu plus sympa, pour aussi je pense se soulager nous : bon bah quand même on va lui mettre un dessin animé ou faire un petit spectacle de marionnettes à ôté pour essayer que ça passe mais c'est un peu compliqué quand même. Et souvent quand on le fait, on demande l'accord aux parents. Moi personnellement, je sais que quand on va mettre le drap je vais dire : « bon bah écoutez on va mettre le drap pour le contenir, qu'il reste immobile, pour qu'on puisse commencer le soin et qu'il puisse aussi se calmer. Est-ce que ça ne vous dérange pas ? Si ça ne vous choque vous nous le dites. Et pareil, quand on tient les enfants on leur explique pourquoi on les tient. Je sais que quand on fait les soins aussi chez les plus grands moi je dis : « bon bah si ta veine bouge on ne va pas pouvoir poser le KT, du coup on va maintenir ton bras, parce que même si je pense que tu ne vas pas bouger, tu vas parfois avoir le réflexe qui fait que tu vas retirer ton bras, ou retirer ta main, comme quand on se pique avec une rose », moi j'explique qu'on fait « ouhhh » et puis voilà. Donc souvent c'est parce que on n'est pas prévenue, donc nous on les prévient. Mais non, je n'aime pas trop quand même.

o Relance 2 : Comment vous sentez-vous physiquement ?

Ça me donne chaud (*rires*) bah déjà parce qu'il faut maintenir l'enfant, quand il bouge c'est assez sportif. Donc déjà on n'aime pas, quand on n'arrive pas à piquer, on n'arrive pas à faire un soin, on tachycarde un peu, on a nos pulsations qui augmentent un peu, on commence à être toute moite, à être rouge... on a le regard des parents, l'enfant on voit qu'il n'est pas content, donc on n'aime pas trop. Voilà on ne se sent pas hyper satisfait de notre

soin non plus, souvent quand je sors d'un soin ou l'enfant souriait, on a raconté une belle histoire, avec les parents il y avait une interaction, il y avait vraiment une relation à trois et tout... bah voilà, on sort de là on est content, on se dit qu'on aime notre métier. Quand on sort d'un soin où on a galéré pendant une demi-heure, l'enfant est toujours en pleurs de A à Z parce qu'il ne veut pas faire le soin, il n'aime pas, ça lui fait mal... et bien on est moins content quand même.

o Relance 3 : Continuez-vous le soin dans ces cas-là ?

Euh, bah c'est ce que je te disais, ça dépend. Par ex pour mon doigt cassé là, moi j'ai arrêté, j'ai dit « stop « je ne mets plus un pied dans cette pièce je ne touche plus cet enfant ». Finalement c'est un pédiatre qui est allé piquer, il n'a pas réussi non plus et finalement il a été piqué au bloc cet enfant, comme on voulait que ce soit fait au début. Euh... non quand vraiment on sent la souffrance de l'enfant, on arrête. Après ça dépend pour quoi, on a déjà eu... enfin c'est très rare que dans une situation grave d'un enfant, l'enfant se débatte. Car souvent l'enfant n'est pas bien du tout, il est plutôt hypotonique qu'hypertonique. Et quand réagit qu'à la douleur c'est parce qu'il n'est pas bien... en soit il réagit que à la douleur donc dans les cas d'extrêmes urgences c'est très rare que l'enfant soit contre le soin, mais je n'ai jamais eu de cas où on a quand même continué un soin. On arrête... *et vous ne passez pas le relais ?* Ah si ! soit on passe le relais et on voit avec une autre collègue si ça marche mieux, si par exemple parfois elle peut plus réussir à l'apaiser et tout, et si on sait que vraiment ça va être pas possible, là on arrête totalement. Parfois, on attend... on l'hospitalise, puis on réessaye 6h plus tard, et l'enfant va beaucoup mieux, on prend le temps de parler avec lui, les parents ont aussi pris le temps de parler avec lui. Parfois c'est aussi parce qu'ils sont fiévreux, et du coup il ne tolère pas du tout, un doliprane et puis deux heures après il saute de joie, il est tout content, enfin pas tout content mais il est apaisé. Ou la douleur, de toute façon la douleur ça joue vachement.

o Relance 1 : Quelles sont vos intentions à ce moment-là ?

Je pense que c'est toujours une bonne intention, ce serait vraiment flippant de se dire que quelqu'un, un soignant mettent de la mauvaise intention dans ce qu'il fait. « J'ai envie de voir cet enfant être contenu » non je ne pense pas... toujours une bonne intention pour l'enfant, pour sa santé... après parfois comme par exemple le cas avec le doigt, pour moi c'était une mauvaise intention dans le sens où je ne voulais pas le faire. Je me souviens, je bougonnais à chaque fois que je le faisais. Je disais à ma collègue « moi j'arrête, j'arrête », enfin... parce que ce n'était pas moi qui voulait, et j'avais qu'une envie c'est que le chirurgien soit là et voit comment l'enfant souffrait. Parfois aussi les médecins prescrivent quelque chose et ne voient pas comment se déroule le soin, ne voient pas comment l'enfant est. Du coup avant je n'osais pas trop leur dire, maintenant je leur dis « non cet enfant, tu y vas si tu veux, mais moi j'arrête ». Donc non, à part quand... quand c'est pas n... bon on est pas que des simples exécutantes, mais parfois dans certains cas on est que des simples exécutantes, et d'un point de vue hiérarchique, c'est assez compliqué de dire « bah non moi je ne le fais pas » donc parfois ouais c'est une mauvaise intention parce que nous même on a pas envie de lui faire, mais euh... c'est rare quand même.

6. Que se passe-t-il après la contention, quand le soin est terminé ?

o Relance 2 : Reparez-vous en avec l'équipe ?

Oui souvent. Souvent on en parle, parce que dans l'équipe ce n'est jamais bien, enfin ce n'est pas que ce n'est pas bien vu, mais dans l'équipe il n'y a personne qui aime le faire, et quand on le fait, on sait qu'on le fait à contre cœur donc on en reparle. Oui on en reparle... bon on ne va pas faire non plus une réunion, mais on en reparle entre nous pour dire « ohlala j'ai dû vraiment le maintenir, parce qu'il bougeait trop, il ne voulait pas... ». Donc oui on en reparle quand même.

o Relance 1 : Que ressentez-vous à la fin de ce soin ?

Bah c'est ce que je te disais hein, ça dépend, quand l'enfant tout du long n'a pas été coopératif, on ne se sent pas très bien, on n'aime pas trop, si à la fin, il s'est quand même apaisé, on a quand même réussi à lui parler, à lui expliquer pourquoi on a fait ça et tout, bah on se dit « bon ça a mal débuté mais à la fin on a quand même réussi à le mettre en confiance, lui expliquer pourquoi on l'a fait »

- o Relance 3 : Comment faites-vous pour réinstaurer une relation de confiance avec l'enfant ?

Souvent on en reparle avec l'enfant, enfin c'est quand même assez rare que après une suture qui s'est mal passée où on a dû utiliser le drap ou quelque chose comme ça on l'a laissé en plan et on est repartie. Une fois que c'est fini on en reparle, « ça est c'est fini », on essaye de lui en reparler moi j'aime bien éteindre la petite lumière mettre la grosse lumière, dire aux parents de le prendre dans les bras. Expliquer et lui dire ce qu'il s'est passé. Donc après, la relation avec cet enfant s'adoucit quand même.

7. Quelles sont pour vous les compétences relationnelles propres à votre profession ?

Oh... bah de la patience, de l'écoute, et de l'adaptabilité, l'adaptation quoi... savoir selon tel enfant ce qu'il va préférer, de quelle manière on va amener le soin.

- o Relance 1 : Quand vous devez faire le soin à l'enfant et que vous faites usage de la contention, que deviennent ces compétences ?

Je pense qu'elles sont toujours là mais, par exemple, la patience, elle va être quand même là quand on a le temps, parce que c'est assez compliqué, quand on a pas le temps, qu'on a une suture à faire, que derrière il y a cinq autres sutures qui attendent, on va le mettre là on va le calmer, on passe à un patient suivant, les parents ne veulent pas ils disent « bah non, il faut que j'y aille, on enchaîne ». Parfois ils ne sont pas tout seul. Quand il n'y a personne d'autre dans le service ça va mais quand il y a beaucoup beaucoup de monde c'est un peu compliqué. Donc la patience je pense qu'on va quand même prendre le temps, on va écouter l'enfant, on va lui dire « écoute,... ». Moi je dirais quand même qu'avant de passer à la contention il y a bien au moins 15 min de négociations avant avec l'enfant à essayer de faire ci, essayer de faire ça.

Après pour l'écoute je pense que même avec une contention on le fait : on dit « je comprends que tu ne sois pas bien, j'entends que tu n'es pas envie ». Dès qu'un parent me dit « arrêtez arrêtez », je dis « d'accord si vous voulez que j'arrête, j'arrête. Pas de soucis. »

Et après l'adaptation... oui si je pense que ce, ce sont des compétences qui sont quand même là, mais qu'on met en place autrement pour faire le soin quand même. Oui je pense qu'on ne met pas nos compétences de côté sinon ce serait vraiment du coup, pas intentionnel enfin ce serait vraiment sadique quand même.

Quand vous le faites, est-ce parce que vous avez la pression du médecin ? La pression de devoir faire ce soin ?

Euh... bah ouais c'est ça, parfois on a l'impression de faire le soin juste parce qu'il faut faire. Nous parfois on ne voit pas trop l'intérêt pour l'enfant. Une suture si, mais par exemple parfois on fait des prises de sang alors que nous.... Après les médecins ont une grosse responsabilité, quand ils sont internes ils sont parfois tout seul la nuit donc ils se couvrent, ils mettent des preuves dans leur dossier qui montre que « oui cet enfant il pouvait sortir ou non il fallait le garder ». Et pour ça la clinique c'est assez subjectif. Il y a un médecin qui va trouver que ce patient est marbré, geint, il n'est pas bien alors qu'un autre va dire « bah non il va très bien, pourquoi tu vas le garder ? » Alors qu'un bilan sanguin il y a un chiffre, il y a une heure, c'est comme ça, ça rassure. Alors oui non on va le faire mais on ne voit pas trop l'intérêt. Donc oui il y a la pression du médecin, la hiérarchie donc quand un médecin te dit ça tu dis « ok » tu ne peux pas aller à l'encontre du médecin. Et puis la pression des autres patient, quand on sait que derrière on a... parce que la salle de suture est dans la salle d'attente, donc quand l'enfant hurle et il crie, ça va être toute la salle d'attente qui entend. Ça et quand on sait que derrière il y a beaucoup, beaucoup d'enfants, qu'on a une prise de sang à faire là, une entrée en Unité d'hospitalisation, qu'on a tel enfant à aller voir, qu'il y a le téléphone qui arrête pas de sonner pour des entrées, il faut savoir se multiplier. Mais du coup, oui. C'est un peu ça qui fait... mais quand même la plupart du temps on essaye de faire abstraction un peu de ça. Et de se dire « bon allez on va parler à l'enfant » et c'est ce que je te disais, au bout de 10 – 15 min de négociations, on voit que y a pas moyen... et là on passe à l'action comme on dit.

J'ai terminé mon entretien. Merci beaucoup.

ANNEXE III : Le Test de Tinetti

► Le Test de Tinetti

Le test ou score de Tinetti est un moyen simple, reproductible, d'évaluer le risque de chute chez le sujet âgé. La durée de passation est d'environ 5 minutes. Le test est réalisé en plusieurs étapes, détaillées dans le tableau ci-après. L'interprétation est expliquée après le tableau.

Le patient est assis sur une chaise sans accoudoirs :	
1. Equilibre assis sur la chaise 0 = se penche sur le côté, glisse de la chaise 1 = sûr, stable	<input type="checkbox"/>
On demande au patient de se lever, si possible sans s'appuyer sur les accoudoirs :	
1. Se lever 0 = impossible sans aide 1 = possible, mais nécessite l'aide des bras 2 = possible sans les bras	<input type="checkbox"/>
2. Tentative de se lever 0 = impossible sans aide 1 = possible, mais plusieurs essais 2 = possible lors du premier essai	<input type="checkbox"/>
3. Equilibre immédiat debout (5 premières secondes) 0 = instable (chancelant, oscillant) 1 = sûr, mais nécessite une aide technique debout 2 = sûr sans aide technique	<input type="checkbox"/>
Test de provocation de l'équilibre en position debout :	
4. Equilibre lors de la tentative debout pieds joints 0 = instable 1 = stable, mais avec pieds largement écartés (plus de 10 cm) ou nécessite une aide technique 2 = pieds joints, stable	<input type="checkbox"/>
6. Poussées (sujets pieds joints, l'examineur le pousse légèrement sur le sternum à 3 reprises) 0 = commence à tomber 1 = chancelant, s'agrippe, et se stabilise 2 = stable	<input type="checkbox"/>
7. Yeux fermés 0 = instable 1 = stable	<input type="checkbox"/>
Le patient doit se retourner de 360° :	
8. Pivotement de 360° 0 = pas discontinus 1 = pas continus	<input type="checkbox"/>
9. Pivotement de 360° 0 = instable (chancelant, s'agrippe) 1 = stable	<input type="checkbox"/>

Le patient doit marcher au moins 3 mètres en avant, faire demi-tour et revenir à pas rapides vers la chaise. Il doit utiliser son aide technique habituelle (cane ou déambulateur) :		
10. Initiation de la marche (immédiatement après le signal du départ)	0 = hésitations ou plusieurs essais pour partir 1 = aucune hésitation	<input type="checkbox"/>
11. Longueur du pas : le pied droit balance	0 = ne dépasse pas le pied gauche en appui 1 = dépasse le pied gauche en appui	<input type="checkbox"/>
12. Hauteur du pas : le pied droit balance	0 = le pied droit ne décolle pas complètement du sol 1 = le pied droit décolle complètement du sol	<input type="checkbox"/>
13. Longueur du pas : le pied gauche balance	0 = ne dépasse pas le pied droit en appui 1 = dépasse le pied droit en appui	<input type="checkbox"/>
14. Hauteur du pas : le pied gauche balance	0 = le pied gauche ne décolle pas complètement du sol 1 = le pied gauche décolle complètement du sol	<input type="checkbox"/>
15. Symétrie de la marche	0 = la longueur des pas droit et gauche semble inégale 1 = la longueur des pas droit et gauche semble identique	<input type="checkbox"/>
16. Continuité des pas	0 = arrêt ou discontinuité de la marche 1 = les pas paraissent continus	<input type="checkbox"/>
Écartement du chemin (observé sur une distance de 3 m)		
	0 = déviation nette d'une ligne imaginaire 1 = légère déviation, ou utilisation d'une aide technique 2 = pas de déviation sans aide technique	<input type="checkbox"/>
Stabilité du tronc		
	0 = balancement net ou utilisation d'une aide technique 1 = pas de balancement, mais penché ou balancement des bras 2 = pas de balancement, pas de nécessité d'appui sur un objet	<input type="checkbox"/>
Largeur des pas		
	0 = polygone de marche élargi 1 = les pieds se touchent presque lors de la marche	<input type="checkbox"/>
Le patient doit s'asseoir sur la chaise :		
17. S'asseoir	0 = non sécuritaire, juge mal les distances, se laisse tomber sur la chaise 1 = utilise les bras ou n'a pas un mouvement régulier 2 = sécuritaire, mouvement régulier	<input type="checkbox"/>
SCORE MAXIMUM = 28 points		

Interprétation :

Total inférieur à 20 points : risque de chute très élevé
 Total entre 20-23 points : risque de chute élevé
 Total entre 24-27 points : risque de chute peu élevé, chercher une cause comme une inégalité de longueur des membres
 Total à 28 points : normal

ANNEXE IV : Echelle de mesure de la contention

Encadré 1. Échelle de mesure de la contention PRIC® (*Procedural Restraint Intensity in Children scale*) au CHU Armand-Trousseau

- ◆ **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, qui se débat fortement malgré la contention.
- Cette échelle aide à mieux repérer les critères qui signent une contention forte. La démarche vise à initier un dialogue autour d'une pratique professionnelle relativement taboue.