

Contention pour les gestes douloureux, les risques de maltraitance

Pédiatrie Pratique 2011 Mai 1;(228):4-5.

Dr Daniel Annequin

Unité Fonctionnelle de lutte contre la douleur
Hôpital d'enfants Armand Trousseau 75012 Paris

Ce n'est que depuis 20 ans que les médecins ont commencé à percevoir ce que savaient très bien les enfants, les jeunes infirmières, les jeunes étudiants en médecine à savoir que les hôpitaux pour les enfants étaient des véritables lieux de torture (1)

La violence subie par les enfants.

Témoignages reçus à www.pediadol.org

Une étudiante en IFSI Février 2007

Je suis élève en 3ème année d'école d'infirmières. J'avais un projet professionnel en pédiatrie depuis de nombreuses années : en effet, j'ai repris mes études sur le tard, aujourd'hui, à 30 ans mon projet professionnel est plus que réfléchi... Pourtant, après avoir fait un stage dans un grand hôpital pédiatrique, j'ai changé de projet. J'ai assisté à des scènes insupportables pour moi : des enfants que l'on maintient pendant plus de trois quarts d'heure pour poser une voie veineuse, des hurlements dont ces enfants se souviendront toute leur vie, des réflexions désobligeantes de la part de l'équipe soignante (parce que la maman est livide lorsqu'on lui rend son enfant : cela fait une demi heure qu'elle l'entend hurler)...

Questionnement d'une étudiante IFSI sept 2008

Margot nous supplie de la lâcher, d'arrêter de lui faire mal, de la laisser tranquille tout en hurlant et pleurant. Il m'est très difficile de supporter la douleur de cette enfant. Douleur que je ne calme absolument pas puisqu'au contraire, je risque de le blesser davantage en effectuant cette pression sur ses jambes. Ce soin me paraît, pour Margot, plus douloureux que sa maladie elle-même. Ma représentation de l'infirmière luttant inlassablement au soulagement de la souffrance s'écroule. Je me sens maltraitante, violente, même si le but de tout cela est de le soigner.

Témoignage d'une maman décrivant le passage aux urgences d'un ami de son fils pour une plaie

du cuir chevelu de 3-4 centimètres(2). ...*Je demande à l'infirmière s'il va avoir du MEOPA. Elle me dit, sans même prendre la peine de me regarder, que c'est le médecin qui décidera...Je suis rassurée de reconnaître le médecin qui avait soigné mon fils avec tant d'humanité quelques mois auparavant. A force de plaisanteries et de questions anodines, l'équipe avait réussi à le faire rire pendant qu'on lui plâtrait le poignet...Mais là, à peine arrivé, le docteur attrape une grosse agrafeuse, comme celle que j'ai sur mon bureau.*

Chtak, il agrafe la plaie, à vif, encore endolorie par le nettoyage. Alex écarquille les yeux de surprise, d'effroi et de douleur, son corps se cabre. Il dit "s'il vous plaît, s'il vous plaît". J'ai envie de pleurer. Je sais que ce n'est que le début : vue la taille de la plaie, il va falloir plusieurs agrafes. Deux infirmières contiennent l'enfant. Pour elles, j'imagine que c'est du quotidien. L'habitude. Chtak, une deuxième, chtak une troisième. Alex ne crie plus, il râle. Un son rauque. Chtak quatrième. Je me sens tellement impuissante. ... La maman d'Alex est pétrifiée. Chtak sixième. Chtak septième agrafe. C'est fini. La honte. Je m'en veux de n'être pas intervenue. La maman reconforte son

bonhomme comme elle peut. Quand je me mets en colère, le médecin me dit « on va lui donner un antalgique maintenant ». Petit sourire mi-fatigué, mi-condescendant : « bah, il oubliera vite » me dit-il...

Ce dernier témoignage est particulièrement emblématique car cette équipe disposait de moyens antalgiques efficaces (MEOPA) et ne les a pas utilisés...La question de la violence inutile infligée à l'enfant se pose de manière évidente.

Les situations à risque

L'utilisation de la force, de la contrainte physique, de la contention en pratique médicale est un sujet récent de préoccupation pour les professionnels. Chez l'enfant, plusieurs secteurs sont confrontés à ce type de « mauvaise » pratique : les services d'urgence (3, 4) , les échecs du MEOPA (5) , les soins intensifs, les examens, les actes ORL, les soins dentaires, les actes douloureux répétés (pansements, effractions cutanées...).

L'induction anesthésique a donné lieu une réflexion approfondie des anesthésiques pédiatriques (6-9) .

Que faites vous face à un enfant de 6 ans qui doit être opéré d'un strabisme et qui refuse l'anesthésie ? Telle est la question posée à 463 anesthésistes pédiatriques des USA (10) : 80 % utilisent la « contrainte », la « force » pour réaliser l'anesthésie.

Jenny Thomas (anesthésiste) s'est interrogée dans un éditorial sur la frontière entre maltraitance et contrainte physique (9). Faut-il demander un consentement, une autorisation aux parents préalablement? Bien souvent il est possible d'identifier les enfants à risque en réalisant une base de données locale pour se donner les moyens d'éviter ces situations. Les comportements des médecins sont aussi « améliorables » car un praticien fatigué, stressé, irascible aura des capacités de réponse nettement moins performantes pour faire face à ces épisodes.

Chez l'adulte, l'utilisation de la contention physique bien connue chez les personnes âgées (11) peut avoir des effets délétères majeurs sur le patient(12, 13). L'utilisation de la contention dans les services de réanimation est très variable selon le type d'unité, selon le prescripteur (14). Une enquête récente suggère que la France serait un des pays européens les plus utilisateurs de contention (15).

La variabilité des pratiques antalgiques

Alors que beaucoup d'équipes ont modifié positivement leurs pratiques, d'autres « restent sur la touche ». Les bonnes pratiques apparaissent trop souvent « soignant dépendant ». La variabilité des conditions d'utilisation du MEOPA (mélange équimolaire oxygène protoxyde d'azote) en est particulièrement emblématique : tel médecin bloque son utilisation en invoquant des risques infondés (toxicomanie...), tel autre garde la bouteille enfermée dans son bureau et l'utilise avec parcimonie, telle instance hospitalière bloque l'utilisation du MEOPA en invoquant des risques surdimensionnés de pollution pour le personnel, telle équipe des urgences pourtant familière de la méthode l'utilise de manière aléatoire (2)...alors que les données concernant la sécurité et l'efficacité du MEOPA sont particulièrement bien documentées (16-19) et que des recommandations officielles existent (5). L'utilisation d'autres moyens antalgiques simples donne lieu à des comportements aberrants (solutions sucrées bannies d'une maternité par une pédiatre non convaincue des effets antalgiques pour les effractions cutanées chez le nouveau né; réserve de morphine interdite par la surveillante d'un service d'urgence par crainte d'une agression...)

En l'absence de couverture antalgique, l'enfant est immobilisé de force pour réaliser l'acte, le soin douloureux (3, 20, 21). Cette pratique ancienne du "passage en force" infligé aux enfants "pour leur bien " est encore régulièrement observée : sous prétexte de soins, d'actes "qui ne peuvent pas attendre", bien des violences sont commises sur les enfants. Tous les ingrédients (violence, terreur, douleur) sont réunis pour fabriquer un traumatisme psychique et générer chez certains, des comportements phobiques vis à vis des soins, des soignants. Au final, beaucoup de perdants car ces pratiques néfastes à l'enfant provoquent également d'autres dégâts : chez les soignants (sentiment de disqualification professionnelle) et chez les parents (culpabilité de ne pouvoir rien faire).

La mise en perspective de ces deux problématiques soulève la question de la maltraitance institutionnelle. Ce concept apparu dans les années 80 (22) concerne les populations vulnérables : d'abord les institutions pour enfants en difficultés sociales(23) puis les structures psychiatriques et gériatriques. La définition (24) « toute action commise dans ou par une institution, ou toute absence d'action qui cause à l'enfant une souffrance physique ou psychologique inutile et/ou qui entrave son évolution ultérieure » pourrait parfaitement s'appliquer à ces situations.

La non utilisation ou le blocage de moyen antalgique peut maintenant engager la responsabilité des soignants et /ou des établissements de soin comme l'atteste une jurisprudence récente (25) : la condamnation d'un établissement hospitalier qui n'a pas utilisé de moyens antalgiques chez un patient illustre l'évolution des normes sociales.

Il serait illusoire de laisser croire que tous les soins, tous les actes puissent se dérouler sans jamais recourir à une contention mais il est clair que beaucoup de ces actes pourraient se faire beaucoup plus « pacifiquement » moyennant une réflexion, la mise en place d'objectifs précis (*la contention représente un échec, elle ne peut être employée que de façon exceptionnelle après avoir utilisé plusieurs moyens antalgiques...*). La réalisation d'audit local (CF l'audit Trousseau en annexe) permet de préciser combien d'enfants sont concernés par la contention forte et de susciter la réflexion au sein des équipes et des établissements

Les réponses institutionnelles

Une réflexion collégiale, nationale, pluridisciplinaire apparaît indispensable pour répondre aux principales questions:

- Quel est l'état des lieux ?
- Comment identifier ces situations ?
- Quelles sont les populations à risque ?
- Quelles stratégies décisionnelles
- Utilisation optimale des antalgiques existants
- Comment associer les stratégies médicamenteuses et relationnelles ?

Conclusion

La tolérance sociale vis à vis de l'absence de mise en place de moyens antalgiques est en train de changer, faute de réactions collégiales et concertées des professionnels concernés, il est probable que l'accusation de « maltraitance » puisse être portée à l'encontre de structures, de services, de professionnels qui n'auront pas actualisé leurs connaissances, leurs pratiques pour mieux contrôler la douleur provoquée par les soins.

Annexe Audit local réalisé à l'hôpital Trousseau sur l'utilisation de la contention (26)

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

- Niveau 0 : pas de contention l'enfant est calme et détendu
- Niveau 1 : « contention douce » : une partie du corps de l'enfant est juste maintenu (par une personne) sans réaction de retrait de l'enfant
- Niveau 2 : « contention moyenne » une ou plusieurs parties du corps de l'enfant sont maintenues (par une personne) avec réaction de retrait de l'enfant
- Niveau 3 : « contention forte » une ou plusieurs parties du corps de l'enfant sont maintenues fermement, (par plusieurs personnes) l'enfant proteste, crie, pleure
- Niveau 4 : « contention très forte » une ou plusieurs parties du corps de l'enfant sont maintenues (par plusieurs personnes) avec réaction de retrait, agitation importante de l'enfant, se débat fortement malgré la contention.

Résultats

8 unités de soins ont participé à cet audit qui a concerné 296 gestes chez 212 enfants. Quarante-deux % des soins étaient des ponctions veineuses ou pose de cathéter court, 17% de ponctions capillaires, 10% de pansements, 6% d'aspirations rhino pharyngées et 5% de ponction lombaire.

- 28 % de ces gestes ont un niveau entre « 2 » et « 4 »
- 9% des gestes ont nécessité une contention forte ou très forte (niveau 3 et 4)
- les enfants de moins de deux ans présentent un risque majoré de contention
- pour 66% des enfants ayant eu une contention importante un déficit d'analgésie (un seul moyen antalgique utilisé voir aucun.)
- le soin qui se « déroule mal » n'est quasiment jamais arrêté.

Références

- (1) Tomkiewicz S. Preface. T'as pas de raison d'avoir mal ! La Martinière; 2002.
- (2) Guichard D. Maltraitance institutionnelle ? Le témoignage d'une maman sur la prise en charge de la douleur aux urgences. www.pediadol.org 2005.
- (3) Loryman B, Davies F, Chavada G, Coats T. Consigning "brutacaine" to history: a survey of pharmacological techniques to facilitate painful procedures in children in emergency departments in the UK. *Emerg Med J* 2006 Nov;23(11):838-40.

- (4) Bengner J. "Brutacaine" vanquished, but pain remains. *Emerg Med J* 2006 Nov;23(11):823.
- (5) Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé AFSSAPS. Prise en charge médicamenteuse de la douleur aiguë et chronique chez l'enfant. Recommandations de bonne pratique 2009 Jul 1.
- (6) Mion LC. Physical Restraint in Critical Care Settings: Will They Go Away? *Geriatric Nursing* 2011 Nov;29(6):421-3.
- (7) Przybylo HJ, Tarbell SE, Stevenson GW. Mask fear in children presenting for anesthesia: aversion, phobia, or both? *Paediatr Anaesth* 2005;15(5):366-70.
- (8) Christiansen E, Chambers N. Induction of anesthesia in a combative child; management and issues. *Paediatr Anaesth* 2005;15(5):421-5.
- (9) Thomas J. Brute force or gentle persuasion? *Paediatr Anaesth* 2005 May;15(5):355-7.
- (10) Lewis I, Burke C, Voepel-Lewis T, TAIT AR. Children who refuse anesthesia or sedation: a survey of anesthesiologists. *Paediatr Anaesth* 2007;17(12):1134-42.
- (11) ANAES. Limiter les risques de la contention physique de la personne âgée. 2000.
- (12) Mion LC. Establishing alternatives to physical restraints in the acute care setting: a conceptual framework to assist nurses' decision making. *AACN Clin Issues* 1996 Nov;7(4):592-602.
- (13) Mion LC, Strumpf N. Use of physical restraints in the hospital setting: Implications for the nurse: Nurses must identify the reasons restraints are being used and then search for alternatives. *Geriatric Nursing* 2005 May;15(3):127-31.
- (14) Mion LC. Physical restraint in critical care settings: will they go away? *Geriatr Nurs* 2008 Nov;29(6):421-3.
- (15) Benbenbishty J, Adam S, Endacott R. Physical restraint use in intensive care units across Europe: The PRICE study. *Intensive and Critical Care Nursing* 26(5):241-5.
- (16) Collado V, Nicolas E, Faulks D, Hennequin M. A review of the safety of 50% nitrous

oxide/oxygen in conscious sedation. *Expert Opin Drug Saf* 2007 Sep;6(5):559-71.

- (17) Gall O, Annequin D, Benoit G, VanGlabekke E, Vrancea F, Murat I. Adverse events of premixed nitrous oxide and oxygen for procedural sedation in children. *Lancet* 2001;358(9292):1514-5.
- (18) Giraud C, Galene E, Begue D, Tixier C, Clement P. Utilisation et effets indésirables du mélange analgésique protoxyde d'azote/oxygène 50/50 (mole/mole) : évaluation du suivi de l'ATU de cohorte du laboratoire pharmaceutique SOL France. *J Pharm Clin* 2004;23:1-14.
- (19) Onody P, Gil P, Hennequin M. Safety of inhalation of a 50% nitrous oxide/oxygen premix: a prospective survey of 35 828 administrations. *Drug Saf* 2006;29(7):633-40.
- (20) Scottish Intercollegiate Guideline Network. Safe sedation of children undergoing diagnostic and therapeutic procedures. A national clinical guideline. 2004.
- (21) Royal College of Nursing. Restraining, holding still and containing children: guidance for good practice. London; 1999.
- (22) Creoff M. Maltraitements institutionnels. *Actualité et dossier en santé publique (adsp)* 2000;31:52-6.
- (23) Tomkiewicz S. [Violence and negligence to children and adolescents in institutions]. *Child Abuse Negl* 1984;8(3):319-35.
- (24) Tomkiewicz S, Vivet P. Aimer mal, châtier bien. *Enquêtes sur les violences dans les institutions pour enfants et adolescents*. Paris: Seuil; 1991.
- (25) Lelievre N. Absence de prise en charge de la douleur et responsabilité d'un centre hospitalier. *Douleurs* 2008;8(6):342-4.
- (26) Lombart B, Annequin D, Cimerman P, Martret P, Tourniaire B, Galinski M. Prevalence of physical restraint in children for procedural pain. Poster 13^{ème} congrès Montréal IASP (international association for study of pain; 2010).