

Université Paris-Est Marne-la-Vallée
En partenariat avec le CFCPH de l'AP-HP

Master de Philosophie Pratique
Spécialité éthique médicale et hospitalière

*De la contention lors des soins en pédiatrie
ou de l'altérité invisible*



Bénédicte Lombart

Sous la responsabilité pédagogique de M. Eric FIAT

Septembre 2011

Université Paris-Est Marne-la-Vallée
En partenariat avec le CFCPH de l'AP-HP

Master de Philosophie Pratique
Spécialité éthique médicale et hospitalière

*De la contention lors des soins en pédiatrie
ou de l'altérité invisible*

Bénédicte Lombart

Sous la responsabilité pédagogique de M. Eric FIAT

Septembre 2011

Université Paris-Est Marne-la-Vallée
En partenariat avec le CFCPH de l'AP-HP

SOMMAIRE

INTRODUCTION	1
D'une situation banale en pédiatrie.....	1
De la question de la contention lors des soins.....	3
Problématique	3
 CHAPITRE PREMIER.....	 5
 DE LA MEDECINE PEDIATRIQUE A LA CONTENTION LORS DES SOINS ..	 5
Le soin et l'univers médical.....	5
De la médecine d'Hippocrate à la médecine scientifique	5
De la médecine scientifique à la médecine de Canguilhem.....	7
Des soins et de la médecine	8
Les malades et l'univers médical	8
Une attente paradoxale.....	8
La « médecine du Dr House ».....	9
L'enfant et les soins.....	10
Le monde de l'enfance	10
L'enfant malade	11
Du soin à l'enfant à son refus.....	12
Du refus à la contention	12
De la contention à la violence	13
 CHAPITRE II.....	 15
 DU SOIGNANT OU DE LA POSTURE PHILOSOPHIQUE.....	 15
Le choix d'une posture	15
Une réalité dérangeante.....	15
De l'attitude du soignant aux postures philosophiques.....	16
Du sophisme à l'école aristotélicienne	17
A l'école des sophistes	17
De la vision platonicienne.....	18
De la vision aristotélicienne	19
 CHAPITRE III.....	 21
 DE L'EXECUTION PROTOCOLAIRE DU SOIN AU RESPECT DE L'ENFANT	
.....	21

Du regard Aristotélicien sur la contention lors des soins	22
Des gestes techniques à la douleur provoquée	22
Du choix au poids d'une posture.....	23
La peur contingente du soin en pédiatrie.....	24
L'enfant et la peur des soins	24
Dans quelles mesures la peur est elle contingente des soins ?.....	25
La peur des soignants	26
La peur de désobéir	26
La peur de « mal faire »	27
Une peur insidieuse	27
 CHAPITRE IV	 29
 DE LA PEUR AU COURAGE DE LA DELIBERATION	 29
De la rencontre des peurs	29
De la rencontre intersubjective.....	29
Le temps suspendu	30
Le temps des habitudes.....	31
Des pièges de l'éducation aux bonnes habitudes	31
De l'instinct à l'habitude	32
Du temps de la délibération.....	33
De la vertu et de l'habitude	33
Du bon accomplissement	34
 CONCLUSION.....	 36
 BIBLIOGRAPHIE	 39
 Annexe 1.....	 41
 Annexe 2.....	 44

Introduction

D'une situation banale en pédiatrie

J'exerce depuis neuf ans en qualité de cadre infirmier dans une unité de lutte contre la douleur pédiatrique et j'ai toujours travaillé auprès d'enfants.

Les soins que nous donnons chaque jour aux enfants sont parfois douloureux et anxiogènes. Mon travail consiste, à améliorer la prise en charge de la douleur qu'elle soit liée à la maladie ou déclenchée par les gestes invasifs. Nous disposons aujourd'hui de nombreuses méthodes efficaces pour prévenir la douleur provoquée par les soins.

Nous sommes cependant confrontés régulièrement à des enfants qui refusent le soin, qui s'agitent, qui se débattent. Finalement un certain nombre d'entre eux sont maintenus de force, par un ou plusieurs adultes pendant le soin. Ce sont des scènes violentes car les mouvements désordonnés l'enfant sont retenus de toutes parts : les bras, les jambes, le torse la tête. Plus l'enfant est tenu fermement, plus il résiste, plus la contention se resserre. C'est une lutte inégale et brutale. Cette situation est relativement courante presque banale en pédiatrie. Le soin, réalisé grâce à une contrainte physique est particulièrement éprouvant pour l'enfant. Toutes proportions gardées, ces situations sont aussi pénibles pour les soignants qui le plus souvent, sortent de la chambre avec un sentiment d'insatisfaction doublé de fatalisme.

Pourtant dans la majorité des cas, le soin n'est pas une urgence, il pourrait être différé, l'analgésie améliorée, la contention évitée. Face à ces situations difficiles on retrouve des explications, des justifications destinées à relativiser le comportement des soignants en minimisant la détresse de l'enfant. Il s'avère difficile de reconnaître un échec de la prise en charge. L'agitation de l'enfant traduit selon le soignant de la peur et non de la douleur. Effectivement l'enfant est anxieux et apeuré. Il est sorti de son univers familial, immergé dans un monde médicalisé, inconnu. De plus il est incapable de faire un rapport de causes à effets entre la maladie et les soins. Le jeune enfant est alors plongé dans une détresse majeure. Or la peur, l'anxiété augmentent la douleur. De nombreuses études

prouvent ce phénomène. A l'inverse le calme, la détente, la distraction diminuent voire inhibent la capacité à accueillir et à percevoir les stimuli douloureux.

L'usage de la contention est par conséquent un indicateur négatif de la qualité de la prise en charge antalgique. Ce thème s'inscrit dans les préoccupations d'une unité d'analgésie pédiatrique. C'est ce qui explique que nous ayons réalisé une enquête à propos de l'usage de la contention lors des soins. Ce sont les infirmières elles-mêmes qui évaluaient le niveau de contention employé pour réaliser le soin.¹ Il y avait quatre niveaux de contention, les deux derniers niveaux étant le recours à plusieurs personnes pour maintenir l'enfant avec une agitation incontrôlable de l'enfant. 296 gestes ont été observés et on retrouve dans dix pour cent des cas une contention très forte pendant le soin.²

Ce constat interroge à la fois sur le plan professionnel et personnel. C'est une situation qui confronte humainement à de nombreuses interrogations. Cela remet en question ma vision du soin. La représentation « idéale » du soignant, qui se doit d'être à l'écoute, patient, respectueux est bousculée. Il existe une facette moins valorisante, plus brutale, plus réaliste, dans la pratique des soins pédiatriques. Cette dualité fait écho au conflit intérieur qui nous tiraille entre ce que nous voudrions être et ce que le refus, l'agitation de l'enfant nous oblige à faire. Nous sommes finalement contraints de tenir un rôle diamétralement opposé à celui du "bon" soignant. Cette réalité, illustrée par les situations de contention est source de souffrance pour les soignants. Les mécanismes psychiques tels que le déni ou le clivage qui sous tendent ces comportements sont connus.

Par ailleurs, émettre des jugements qui condamnent tels ou tels comportements n'aide pas de sortir d'un raisonnement dichotomique stérile qui opposerait ceux qui font bien aux autres. Il semble par conséquent nécessaire de questionner ce problème sous un angle nouveau. Ce travail en philosophie pratique, nous donne l'opportunité de changer de perspectives, de modifier la façon d'interroger cette réalité dérangeante.

¹ Grille de recueil de l'audit sur la contention lors des soins en Annexe 1

² Résumé de l'étude sur la contention lors des soins en Annexe 2

De la question de la contention lors des soins

La contention utilisée pour faire le soin de force s'apparente à de la violence. Comment expliquer ce paradoxe " faire mal à l'enfant pour son bien"? Qu'est-ce qui légitime cette violence? Faut-il faire des soins à tout prix? Le soignant est-il en droit d'user de la force pour le bien de l'enfant? Qu'est ce que le bien de l'enfant ?

L'état de santé de l'enfant et les soins sont-ils les missions prioritaires des soignants ? Quelles sont les pressions ou les craintes qui pèsent sur les soignants et qui justifient la poursuite du soin alors même qu'il se déroule mal ?

Y a-t-il danger, réel ou potentiel ou seulement perçu comme tel par celui qui soigne à déroger à la procédure ? Nous soulevons ici le problème de la soumission à l'autorité. Le soignant obéit à une injonction de faire le soin avec peu de considération pour celui qui le subit. La science médicale représente dans ce cas l'autorité.

Le statut de l'enfant justifie-t-il cette situation? L'état d'enfant conjugué à celui de malade peut il expliquer qu'il devienne objet de soin. Ou au contraire, est-ce parce qu'il est malade qu'il perd de sa subjectivité ? Cela pose la question du respect, de la reconnaissance.

Quoi qu'il en soit lorsque malgré l'agitation et le refus de l'enfant, le soin se poursuit nous pouvons considérer que son statut d'enfant en tant que sujet disparaît au profit de l'acte technique. Sur qui ou sur quoi se porte le regard du soignant lorsqu'il utilise la contention ?

Problématique

Le regard que le soignant porte sur l'enfant pendant le soin, selon qu'il prête attention au concret c'est à dire à la réalité vécue par l'enfant ou qu'il s'en détourne, conditionne le déroulement du soin. C'est un peu comme si ce regard sur l'enfant permettait de le rencontrer en dépassant l'aspect technique du soin. Cette rencontre est alors possible malgré l'incompréhension de l'enfant qui a pour seule défense l'agitation, au-delà de l'obligation de faire le soin. La manière de soigner est dans ce cas supérieure à la finalité du soin sans pour autant la nier.

Ce sujet oppose le point de vue du soignant préoccupé par le soin à la réalité de l'enfant qui vit le soin. C'est un peu comme si l'idée du soin était supérieure à sa réalisation, comme si le point de vue théorique dépassait la réalité concrète.

Dans une première partie de notre travail nous questionnerons ce en quoi la dichotomie entre la médecine et les soins intéresse notre problématique. Notre étude nous conduira ensuite à observer les attitudes des soignants, leur façon de considérer le soin, comme fin ou comme moyen. Nous ferons l'analogie entre ces différents comportements et certaines postures philosophiques. Cela évoque ce que nous dit Aristote à propos de la nécessité de se plonger dans le concret. « La vraie politique en toutes choses ; c'est le fait ; et si le fait lui-même était toujours connu avec une suffisante clarté, il n'y aurait guère besoin de remonter jusqu'à sa cause. »³

Nous poserons dans un troisième chapitre un regard Aristotélien sur notre problématique pour nous interroger sur le passage de l'exécution protocolaire du soin au respect de l'enfant. Cette problématique interroge par ailleurs sur la peur qu'éprouvent les enfants mais aussi les soignants au décours de ces situations de soins. Nous évoquerons ce en quoi la peur rassemble les soignants et les enfants dans les situations de contention. Ce constat nous conduira à la perspective d'une rencontre intersubjective et du passage de la peur au courage de la délibération pour mieux faire les soins. Nous parlerons également de la rencontre qui aide à transcender les différentes réalités, celle de l'enfant et celle du soignant.

Preamble

Nous parlerons durant notre étude des « soignants » de façon générique afin de simplifier notre propos. Nous parlons des professionnels de santé qui font des soins auprès des enfants qu'ils soient médecins, infirmiers ou aides soignants, dans la mesure où toutes ces personnes peuvent être concernées par les situations de contention. Le cas échéant le métier sera précisé si cette indication apporte un élément éclairant à notre propos.

³. Aristote, *Ethique à Nicomaque*, Paris, les classiques de la philosophie, « le livre de poche », 1992, p. 41.

Chapitre premier

De la médecine pédiatrique à la contention lors des soins

L'étude de notre sujet de la contention lors des soins en pédiatrie nous amène à éclaircir en préambule différents points. Il s'agit d'inscrire cette problématique dans le contexte plus général de la médecine et des soins avant de porter notre regard sur le soin à l'enfant.

Le soin et l'univers médical

De la médecine d'Hippocrate à la médecine scientifique

Les termes de « médecine » et de « soins » bien qu'ils appartiennent au même champ lexical, ne sont pas des notions juxtaposables. Historiquement, la vision antique de la médecine nous donne à penser le soin et la médecine de manière synthétique. Hippocrate⁴ recommande une attention conjointe aux manifestations de la maladie et à la singularité de l'individu. « Ainsi la thérapeutique hippocratique unit fermement la clinique et le soin : ce sont les deux versants indissociables d'une même attention et d'un même dévouement à la dynamique de la nature et à l'individualité souffrante»⁵. Il n'existe pas dans ce cas de dichotomie entre la maladie et l'individu, la médecine étant au service du soin requis par la personne malade.

⁴ Hippocrate, *De l'Art médical*, trad. E. Littré, textes présentés, commentés et annotés par D. Gourevitch, intr. D. Gourevitch, M. Grmek, P. Pellegrin, Livre de Poche, 1994.

⁵ Céline Lefève « La philosophie du soin » article paru dans *La Matière et l'esprit*, n° 4 : « Médecine et philosophie » (dir. D.Lecourt), Université de Mons-Hainaut, avril 2006, p. 25-34.

Cette intégration de la médecine dans une notion globale de soin connaît une première rupture au Moyen Age. Le soin correspond alors à l'exercice de la charité, en tant que vertu chrétienne, qui s'adresse aux pauvres et qui ne concerne plus la médecine.

Sous l'impulsion du christianisme, dans la mesure où l'esprit s'incarne, le soin intéresse le corps et l'âme. Mais l'attention est essentiellement spirituelle, elle s'attache peu à l'aspect corporel, si ce n'est pour inviter au dépassement de la souffrance du corps pour le salut de l'âme.

L'émergence de la médecine moderne du XIX^{ème} siècle réitère la rupture avec la conception selon laquelle le soin est au cœur de la médecine. La médecine scientifique s'est établie grâce à l'objectivation de la maladie, du corps. Le savoir médical est alors fondé sur l'analyse des signes reléguant le malade au statut d'objet d'étude.

Claude Bernard résume ce constat lorsqu'il nous dit que « Les malades ne sont au fond que des phénomènes physiologiques » dans *Introduction à l'étude de la médecine expérimentale*⁶. L'objectif est de segmenter le problème pour mieux le comprendre d'une part et mieux le soigner. D'après Michel Geoffroy le savoir médical s'éprouve alors comme le doute cartésien. Il décrit les médecins inventeurs de la clinique du XIX^e siècle « comme des héros contemporains de la médecine dans le même mouvement du doute fondateur du savoir que celui de Descartes. »⁷ L'expérimentation médicale exige une mise à distance de la subjectivité du malade, de sa souffrance pour se concentrer sur le véritable objet d'étude : la maladie. Le soin devient alors annexe, secondaire, il est délégué ou plutôt « relégué » aux infirmières.

Dans ce contexte, la souffrance de la personne est confinée au domaine des soignants. Notons que Florence Nightingale pionnière de la conceptualisation des soins infirmiers explique dès 1859 dans son ouvrage de référence⁸ que les soins infirmiers doivent faire en sorte de « mettre le malade dans les meilleures conditions possibles, pour favoriser l'action de la nature ».

⁶ Claude Bernard, *Introduction à l'étude de la médecine expérimentale* (1865), Paris, Flammarion, 1984.

⁷ Michel Geoffroy, *La patience et l'inquiétude, pour fonder une éthique du soin*, Paris, Romillat, 2004, p. 26.

⁸ Florence Nightingale, *Notes on Nursing: what Nursing is, what Nursing is not*, D. Appleton and Company, New-York, 1860.

Les soins sont alors subordonnés aux décisions médicales, l'infirmière centrée sur le malade est cantonnée à l'exécution des soins, la science médicale est réservée aux médecins.

De la médecine scientifique à la médecine de Canguilhem

Il faudra attendre le milieu du XX^{ème} siècle pour connaître un véritable changement de paradigme de la médecine occidentale. Notamment grâce à George Canguilhem qui nous invite à revenir à une conception de la médecine centrée sur la personne. Il rappelle qu'à son origine la médecine est née de l'attention portée à la souffrance du malade et que, de ce fait, « *le souci de l'individualité souffrante, qui en constitue la raison d'être et la source, doit en rester le cœur.* »⁹

La médecine est à nouveau envisagée comme étant au service de la personne. L'individu souffrant est comme dans la médecine d'Hippocrate reconnu et considéré. A partir des années 1960 les courants de pensées relatifs aux soins holistiques se développent. Des concepts tels que « le prendre soin » sont enseignés. Jean Watson¹⁰ développe la théorie du « care », elle promeut une attitude empathique et une individualisation des soins prodigués. L'attention se porte au malade dans son environnement, dans sa singularité. Le soignant accompagne la personne pour recouvrer la santé en s'appuyant sur les ressources personnelles de celui-ci. La terminologie anglaise est significative, le « care » est préféré au « cure », il s'agit bien de soigner plutôt que de guérir.

Au regard de ce rapide historique, la médecine contemporaine semble avoir concilié médecine scientifique, basée sur l'étude des faits (*evidence based medicine*) et attention spécifique à la personne. Cependant, au quotidien nous observons que cette union ne va pas toujours de soi. Dans les faits ces différents concepts de soins sont effectivement enseignés en particulier au décours de la formation des futurs infirmiers mais en pratique ces concepts peinent à se concrétiser.

⁹ George Canguilhem, *Le Normal et le pathologique. Essai sur quelques problèmes concernant le normal et le pathologique*, PUF, 1966, p. 138-139.

¹⁰G.Aucoin-Gallant « La Théorie du Caring de Watson. Une approche existentielle-phénoménologique et spirituelle des soins infirmiers », *L'Infirmière Canadienne/The Canadian Nurse*, décembre 1990, p. 32-35

Des soins et de la médecine

Malgré la proximité et les interactions entre ces deux domaines et au-delà des négociations et des concessions nous constatons chaque jour qu'il persiste une tension entre médecine et soin. A quel moment suspendre les soins dans une réanimation hasardeuse quant au devenir de l'enfant gravement malade? Faut-il sans relâche faire des examens douloureux pour mettre un nom sur la maladie alors qu'on pronostique une issue fatale ?

La médecine technologique ouvre des perspectives nouvelles mais elle nous propulse également dans des questionnements qui illustrent à quel point la conciliation moderne de la médecine et des soins est complexe. Ce sont d'ailleurs ces questions, pour lesquelles il n'existe pas de « bonnes » réponses, qui nous poussent à chercher des réponses au-delà du domaine scientifique, à interroger nos pratiques d'un point de vue éthique. Cette union contemporaine entre médecine et concepts de soins donne naissance à une sorte de « centaure médical » : créature mythologique mi-homme mi-cheval remplacée ici par une médecine mi-scientifique, mi-humaniste.

Ces tiraillements et ces paradoxes sont le lot quotidien des équipes soignantes mais ils ne sont pas les seuls concernés. Car naturellement ces questions intéressent aussi les malades qui sont aujourd'hui devenus des usagers de la santé, impliqués dans des processus décisionnels ou au minimum dans une démarche d'autorisation aux soins avec la signature du consentement éclairé, par exemple.

Les malades et l'univers médical

Une attente paradoxale

Dans les faits, le passage d'une médecine analytique à une médecine synthétique représenté par l'émergence de concepts de soins holistiques se confronte à une demande précise et légitime des malades. D'une certaine façon, les attentes des usagers hospitalisés restent centrées sur le principe de résolution de problème. La maladie est alors considérée comme un problème que la médecine doit régler. Dans cette mesure les propositions médicales sont d'ordre diagnostic et curatif.

Les aspects techniques sont prédominants, ils représentent la réponse opérationnelle au problème de santé. Anne Laure Boch, neuro-chirurgien et docteur en philosophie témoigne d'un sentiment similaire. « Car celui qui n'apporte pas de solution technique au problème qui lui est soumis, aujourd'hui, que fait-il ? Rien, peut-être, serait la réponse, injuste mais logique, d'une société si entièrement vouée à la technique qu'elle en néglige les autres modes d'être. »¹¹

La conception globale de la personne soignée est finalement, secondaire voire anecdotique.

La « médecine du Dr House »

Les séries télévisées médicales illustrent de façon caricaturale cette réalité. La télévision nous offre un prisme intéressant pour entrevoir certains aspects sociologiques. Prenons l'exemple de la série « Dr House » qui met en scène un brillant diagnosticien cynique et caustique. Dans cette série, l'individu n'a de place qu'en tant qu'objet d'étude diagnostique, les états d'âmes des patients n'apparaissent que pour être mieux raillés par le brillant médecin. C'est la victoire de l'intelligence déductive, cartésienne, servie par une haute technologie. Cette série connaît un succès international et l'appétence du public nous interroge dans ce qu'elle représente d'ambivalent. Il semble que nous restions prisonniers d'une attente paradoxale vis-à-vis des soins et de la médecine avec d'une part le souhait d'être considéré en tant qu'individu et plus seulement cantonné au statut de malade et d'autre part une fascination pour la médecine scientifique, pour la technologie qui soigne les maladies.

Ce constat nous renvoie à une réalité où la technicité médicale reste prépondérante, prioritaire car opérationnelle. Cet état de fait légitime peut-être que l'on délaisse la subjectivité du patient, sa souffrance face à l'épreuve de la maladie. Dans ces conditions, les aspects relationnels, ne retrouvent réellement leurs « lettres de noblesse » qu'au moment où le curatif s'arrête lors du passage en soins palliatifs.

¹¹ Anne Laure Boch, *Médecine technique, médecine tragique*, Paris, Seli Arslan, 2009, p. 54.

Ces interrogations introduisent l'idée que le contrat tacite entre le malade et les soignants est de nature plurielle. L'exigence légitime d'être soigné avec respect n'est en aucun cas remise en cause ici, mais nous constatons qu'il serait restrictif de considérer cet unique aspect de la demande.

Ce préambule éclaire la problématique de la réalisation des soins. Le soin considéré comme au service du diagnostic, de la guérison fait passer son mode de réalisation au second plan. Les soins qu'ils s'exercent chez l'adulte ou chez l'enfant conservent la même exigence implicite : améliorer l'état de santé, guérir. La pédiatrie est soumise aux mêmes exigences.

L'enfant et les soins

La réalisation des soins en pédiatrie obéit aux mêmes injonctions que lorsque nous soignons des adultes avec toutefois certaines particularités. Soigner en pédiatrie oppose l'univers médical au monde de l'enfance. La rencontre de ces univers antinomiques complexifie d'emblée la problématique.

Le monde de l'enfance

Selon D. Winnicott¹² l'enfant se construit en interaction avec son environnement. Le bébé sort peu à peu de son état de « dépendance absolue » grâce aux soins adaptés de son environnement, de sa mère en particulier. Les parents prennent soin de leur enfant, ils le nourrissent, le lavent, le portent, ils pallient à son état naturel de dépendance dans les premières années de sa vie. Peu à peu l'enfant va tendre vers l'indépendance, s'autonomiser. La qualité de son développement psychique est sous-tendue par la capacité de son environnement à lui offrir sécurité et affection. L'enfant se construit à partir d'un univers ludique où les apprentissages se font au travers du jeu, du mimétisme, de l'imaginaire. Il évolue dans un monde onirique, il fait preuve de créativité, il invente des personnages, oscille entre représentations tangibles et irréelles.

¹² Donald Woods Winnicott (1896 - 1971) pédiatre et psychanalyste

L'enfant malade

L'enfant malade, hospitalisé est projeté dans un monde inconnu, très éloigné de son univers habituel. Il perd ses repères. Les soins médicaux se substituent aux soins habituellement prodigués par les parents.

Il ne dispose plus de son champ d'expérimentation ordinaire : maison, crèche, école, jardin. Il est cantonné à la chambre de l'hôpital, un espace clos et inquiétant.

Selon sa pathologie, l'enfant peut être particulièrement affecté dans ses fonctions motrices, limité dans ses mouvements voire même être immobile. La perception qu'il a de son corps est modifiée d'autant plus s'il est douloureux. Il est alors littéralement envahi par la douleur, physiquement mais également psychologiquement.

Sa compréhension de la situation est quant à elle médiocre. Le jeune enfant n'a pas les capacités cognitives requises pour comprendre la relation de cause à effet, pour relier la nécessité du soin à une potentielle guérison. Il ne peut pas mettre ces éléments en perspectives. Ce n'est qu'au fil de sa maturation qu'il accède à cette capacité de faire du lien et à donner du sens à ce qu'il vit.¹³

Précisons tout de même que ce portrait n'obère pas les extraordinaires capacités d'adaptation de l'enfant notamment lorsqu'il conserve un lien sécurisant grâce au soutien et à la présence de ses parents.

Il nous faut d'ailleurs expliquer que les larmes, les cris et les protestations sont eux-mêmes des mécanismes protecteurs efficaces qui aident à s'adapter au stress déclenché par ses situations de soin. Certes l'environnement et les événements plongent l'enfant dans la détresse mais nous avons à le reconnaître dans ses capacités à faire face et à interagir. Dans les faits, le jeune enfant oscille entre vulnérabilité et compétences. C'est en considérant ce mouvement, cette oscillation qu'il nous est possible de nous rapprocher de la réalité de l'enfant qui a à vivre les soins.

Ce rapide focus sur l'enfant nous aide à comprendre en quoi il est utopique de croire que le jeune enfant va consentir spontanément à se laisser soigner.

¹³ Christine Graindorge, *Comprendre l'enfant malade, Du traumatisme à la restauration psychique*. Dunod, Paris, 2005 p. 88

Du soin à l'enfant à son refus

Le soignant ne peut pas s'appuyer sur les capacités de raisonnement du jeune enfant, il faut le convaincre différemment d'accepter le soin. Il doit aller à la rencontre de l'enfant, faire preuve d'une grande patience, «l'apprivoiser», découvrir son univers, le distraire, créer une alliance propice à la réalisation des soins. La douleur provoquée par les soins est une préoccupation essentielle, elle doit être prévenue, évitée au risque de rompre la confiance de l'enfant.

Cette conception des soins en pédiatrie est aujourd'hui partagée par un grand nombre. Néanmoins nous sommes encore témoins de situations qui se passent mal, soit parce que la relation et la préparation de l'enfant ont été négligées soit parce que l'enfant est tout simplement inaccessible, trop douloureux, trop apeuré, trop agité.

Du refus à la contention

Quoi qu'il en soit un certain nombre d'enfants refusent de se « laisser faire », ne veulent pas des soins, ils se débattent et s'agitent. Refuser c'est d'une certaine manière vouloir décider or le statut de l'enfant ne lui permet pas de prendre des décisions. Il ne dispose objectivement pas des capacités de discernements nécessaires pour le faire. La loi délègue aux parents, sauf exception, le pouvoir de décider pour leurs enfants. L'enfant n'a en quelque sorte pas le droit de refuser les soins. Il est vrai par ailleurs que l'on ne peut pas s'en remettre à l'enfant de deux ans pour décider si l'on doit l'hospitaliser, lui poser des perfusions ou lui faire tel ou tel pansement. Si son jugement n'est pas fiable est-il alors possible que par extension ses manifestations et ses protestations ne soient pas dignes d'être ni écoutées ni entendues ? Les soignants passent outre les cris, les gesticulations. Les manifestations dérangeantes de l'enfant vont d'ailleurs souvent être mises sur le compte d'un trouble comportemental et rarement reliée à la douleur provoquée par nos gestes.

Lorsque l'enfant refuse le soin en s'agitant, l'atmosphère devient rapidement tendue, le temps presse, les soignants s'agacent et commencent à maintenir l'enfant à le contenir pour pouvoir faire le soin.

Qu'entend-on par le verbe contenir ? La terminologie est elle-même paradoxale car le verbe contenir parle entre autres, de deux situations dans notre lexique de soignant. En néonatalogie auprès des bébés prématurés ou des

nourrissons, nous retrouvons le NIDCAP¹⁴ qui est une nouvelle philosophie de soins du prématuré, concept éthique et humain qui place l'enfant et sa famille au centre du soin.

Dans le NIDCAP il est recommandé de contenir les bébés lors des soins, c'est-à-dire de les regrouper doucement en repliant leurs jambes sur leur abdomen, en ramenant leurs bras sur le thorax, une main posée sur le haut de la tête. Ce « contenir » là, rassure, il permet au bébé de se calmer de se sentir en sécurité. Au contraire la contention de l'enfant qui refuse le soin est réalisée pour circonscrire ses débordements et manifestations émotionnels, elle est à l'inverse de la réassurance recherchée en néonatalogie.

De la contention à la violence

La contention que l'on exerce sur l'enfant est parfois très importante, elle nécessite l'intervention de plusieurs adultes qui maintiennent l'enfant. Ce sont des situations assez banales. Il arrive d'ailleurs que les parents prêtent main forte dans ces circonstances. Le rapport de force est impressionnant. La contention s'apparente alors littéralement à de la violence. Celle-ci est légitimée par le fait qu'il faut faire le soin malgré les protestations, malgré l'opposition de l'enfant, malgré tout.

Dans ces circonstances les soins servent le traitement ou la démarche diagnostique. A l'heure d'une médecine réformée par Canguilhem, du concept du « prendre soin » ou pour les plus petits du NIDCAP®, nous exécutons encore de manière protocolaire les soins quelque soit la réaction de l'enfant.

Cela nous plonge dans un véritable paradoxe. Nous souffrons de cette dichotomie, de cette tension entre médecine scientifique et humanisme. Les soignants composent en quelque sorte chaque jour avec le mythe du centaure médical. Notre héritage de médecine scientifique à la fois lourd et précieux nous conduit aujourd'hui à vivre ces paradoxes.

¹⁴ NIDCAP : Neonatal, Individualized, Developmental, Care, Assessment, Program

Cette problématique nécessite d'être observée plus précisément du point de vue du soignant en cherchant à comprendre la posture qui est la sienne lorsqu'il fait « mal à l'enfant pour son bien ».

Chapitre II

Du soignant ou de la posture philosophique

Nous avons pu repérer dans une première partie de notre travail la difficulté que nous éprouvons au quotidien à dépasser les clivages entre médecine et soins. La rencontre entre l'exigence scientifique et la subjectivité du malade n'est pas toujours heureuse. Ces univers s'opposent encore actuellement, questionnant patients et professionnels de santé. La contention de l'enfant en est une illustration. C'est en quelque sorte comme si le soignant avait à choisir entre la poursuite protocolaire des soins au mépris des manifestations de l'enfant ou le respect de celui-ci.

Nous interrogerons les logiques qui conduisent les soignants à choisir telle ou telle posture.

Le choix d'une posture

Une réalité dérangeante

Si nous évoquons mentalement l'image de l'infirmière qui travaille avec les enfants, il est probable que ce soient spontanément des images de douceur, de patience qui apparaissent. Ces représentations répondent à ce que symbolise l'enfant dans la pensée commune : vulnérabilité, fragilité, besoin de protection. L'enfant malade inspire d'autant plus l'envie de consoler, de protéger, *a fortiori* de soulager et de guérir. Les personnes qui travaillent en pédiatrie aspirent évidemment à cela. Elles sont animées de bonnes intentions, veulent le bien de l'enfant.

Mais lorsque les soins nous confrontent à une réalité moins « idyllique », lorsque nous sommes amenés à contenir un enfant, à le maintenir de force pour le soigner, l'image d'Épinal se brouille.

Nos gestes ne correspondent alors plus à notre idéal de soignant. Nous vivons là des moments pénibles qui nous poussent dans nos retranchements.

Face à cette réalité dérangeante nous nous défendons d'une manière ou d'une autre. Certains se refusent à voir la souffrance, d'autres prennent du recul, mettent à distance, d'autres relativisent ou minimisent. Ce ne sont pas toujours les mêmes soignants ni toujours les mêmes circonstances. Toutefois certains comportements, certaines réactions de soignants se recourent. Nous constatons une sorte de clivage dans les attitudes des uns et des autres face à ces situations difficiles.

De l'attitude du soignant aux postures philosophiques

Dans les faits l'exécution du soin est rarement d'une urgence absolue. D'ailleurs un certain nombre de soignants se refusent à contenir l'enfant de force et suspendent le soin le temps de trouver une autre solution. Il existe donc une alternative à la contention de l'enfant. Face aux situations où l'enfant s'oppose aux soins les soignants peuvent choisir soit de tenir compte des réactions de l'enfant en retardant le geste soit de poursuivre de façon protocolaire.

Dans un cas, l'acte technique est supérieur au vécu de l'enfant, dans l'autre cas la priorité est donnée à l'enfant, à sa tolérance du soin. Dans ces circonstances la conception théorique du soin s'oppose à une vision plus pragmatique.

C'est en quelque sorte comme si l'Idée du soin supplantait la réalité vécue par l'enfant. La compréhension du clivage constaté entre les attitudes des soignants pourrait se faire par analogie avec la vision Platonicienne où l'Idée du Bien est supérieure au Bien lui-même. Cette vision s'oppose à celle plus pratique d'Aristote qui nous invite à porter notre attention sur les faits. Notre réflexion pourrait ainsi s'organiser autour de cette dialectique.

Il semble toutefois réducteur d'opposer si diamétralement les attitudes. Poser la problématique de la contention en partant du postulat selon lequel cette question serait systématiquement à l'origine d'un dilemme pour les soignants pourrait être une erreur. Le dilemme sous entend des interrogations, un choix impossible débouchant sur une insatisfaction. Or pour certains cette interrogation n'existe pas. La personne qui fait le soin est parfois littéralement enfermée dans ses certitudes. Nous pourrions donc distinguer une troisième posture.

La compréhension des attitudes pourraient alors s'organiser autour de trois axes : ceux qui ne doutent pas, un peu à la façon Gorgias de l'école des sophistes, ceux qui s'interrogent mais qui exécutent le soin de façon protocolaire tout en percevant le décalage de leur attitude et ceux qui s'arrêtent, qui ne font pas le soin si l'enfant est trop désemparé.

Du sophisme à l'école aristotélicienne

A l'école des sophistes

La première question devrait être « qu'est ce que le Bien de l'enfant ? ». A l'image de Menon qui discute avec Socrate à propos de la vertu¹⁵, le soignant sophiste pourrait s'empresser de répondre avec certitude et aplomb. Pour définir le Bien de l'enfant selon une vision sophiste il suffirait alors de découper le Bien en fonction de la science médicale. Il y aurait le Bien du médecin, le Bien de celui qui fait les soins, le Bien selon les résultats d'une opération ou d'un traitement.

Le soignant sait ce qu'est le Bien de l'enfant, ou plutôt il croit savoir. Nous entendons souvent après un soin durant lequel l'enfant n'a cessé de pleurer et de s'agiter, la fameuse phrase : « ça s'est bien passé ! ». Certes, le pansement ou le prélèvement est bien réalisé, c'est de ce « bien » là dont il s'agit. Le Bien ne se définit pas en fonction de l'enfant mais de la réussite du geste ou de l'examen. Cette conception commune de Bien de l'enfant malade nous conduit à parler de plusieurs Biens, tout comme Menon, qui interrogé par Socrate, sur la définition de la vertu en déclinait un essaim¹⁶. « J'ai l'impression que j'ai beaucoup de chance, Menon. Je cherchais une vertu unique et chez toi j'ai déniché tout un essaim de vertus. » Nous parlons, pour notre part, d'un « essaim de biens » et Socrate nous inviterait à en trouver la forme commune.

Platon disciple de Socrate nous engage à rechercher cette forme commune, à révéler une théorie qui dépasse ces contingences sensibles. Ces perceptions plurielles éloignent de l'Idée du Bien. Il nous invite à faire un usage théorique de notre réflexion. Voyons quelle application le soignant peut faire de cette vision théorique au quotidien.

¹⁵ Platon, *Menon*, Les intégrales de philo Edition Nathan 2000, p.34.

¹⁶ *Idem*, p.36.

De la vision platonicienne

Platon nous incite donc à nous extraire de la réalité sensible pour nous concentrer sur la réalité intelligible. Il nous explique sa conception philosophique entre autres au travers de l'allégorie de la caverne¹⁷. Il s'agit de nous délivrer de nos fausses perceptions comme les prisonniers enfermés au fond d'une caverne qui confondent perceptions et réalités. « Il utilise le mythe dans tous les cas où nous avons affaire à des réalités mouvantes, en devenir, comme celles qui constituent notre bas monde. »¹⁸

Mais la libération est douloureuse, au sortir de la caverne le prisonnier délivré serait sans doute aveuglé par la lumière. « Et si on le forçait à regarder la lumière même, ne crois-tu pas que les yeux lui feraient mal et qu'il s'y déroberait et qu'il retournerait aux choses qu'il peut regarder, et qu'ils les croiraient tellement plus distinctes que celles qu'on lui montre ? [...] Il devrait en effet, repris-je, s'y habituer, s'il voulait voir le monde supérieur »¹⁹

L'initiation des soignants ne s'apparente-elle pas à cette sortie de la caverne ? Au démarrage de notre formation, la réalité sensible nous saute aux yeux, au cœur, aux tripes. Nous sommes en quelque sorte éblouis par la vue du sang, des sécrétions, de la peur, de la souffrance, de ces déformations et amputations que la maladie et la chirurgie provoquent. Tous nos apprentissages visent à nous aider à dépasser cette vision, à nous centrer sur ce qui nous préoccupe réellement : la science médicale, l'art de guérir. C'est effectivement cela qui donne du sens aux visions atroces que nous avons à affronter dans notre carrière de soignant. Nous apprenons à regarder plus loin que ce que nos sens nous donnent à voir, à sentir, à toucher, pour pouvoir nous acquitter de notre tâche.

Michel Geoffroy, docteur en médecine et en philosophie décrit le regard platonicien du médecin, en détaillant le tableau d'André Brouillet : « Une leçon clinique à la Salpêtrière » (1887). On y voit le professeur Charcot donner la leçon à ses élèves « [...], apprentis de la nouvelle science neurologique, bientôt maîtres

¹⁷ Platon, République, Livre III, p.148.

¹⁸ Dominique Folscheid Cours communs 2010-2011 Master1-P : éthique médicale et hospitalière, p.2

¹⁹ Op cid

eux-mêmes, bientôt dignes de logos, bientôt capables, grâce à la dialectique ascendante, de rassembler ce qui est épars ou de diviser ce qui paraît un, de manifester ce qui est caché, bref, de s'abstraire du monde des apparences. »²⁰

Concrètement nous avons à renoncer en partie à la réalité sensible pour faire de la médecine. Plus qu'un dogme c'est une nécessité pour poursuivre notre tâche. Le chirurgien peut-il trancher, ouvrir, opérer le corps d'un enfant s'il laisse son imagination s'envoler vers l'image de cet enfant dans sa vie quotidienne ? Nous effectuons une salutaire dissociation lors de notre exercice. Tout comme dans la vision platonicienne nous élevons notre pensée en théorie, nous nous détachons du sensible. Mais cette posture bien qu'elle présente momentanément des avantages ne doit pas se figer, car nous risquons dans ce cas de voir disparaître le cœur de notre travail, de rendre imperceptible l'essentiel : la personne que nous soignons.

Nous constatons les analogies entre cette vision platonicienne et la médecine scientifique de Claude Bernard qui dissèque la maladie en délaissant la subjectivité du malade. Plus proche de nous, les situations de contention des enfants lors des soins ne sont pas sans nous rappeler cette distanciation avec la réalité sensible. Les soignants perçoivent la difficulté de l'enfant mais s'en détachent pour faire ce qu'il y a à faire. Le soignant qui poursuit le soin malgré les cris, les protestations, l'agitation, est placé face à une sorte de nœud gordien inextricable qu'il faut trancher comme Alexandre le Grand en son temps. L'usage de la force pour tenir l'enfant est perçu comme un mal nécessaire. L'Idée du soin est alors supérieure à la réalité vécue par l'enfant.

De la vision aristotélicienne

« Certains philosophes affirment que la raison donne toujours, et évidemment, la bonne solution. Aristote nous prévient du contraire : il y a un usage *imprudent* de la raison, dont la raison elle-même doit se garder. »²¹ Aristote nous invite au doute, au questionnement, il nous met en garde vis-à-vis de ces postures de pensée figée et éloignée de la réalité concrète.

²⁰ Michel Geoffroy, *La patience et l'inquiétude, pour fonder une éthique du soin*, « op.cit. », p. 21.

²¹ Eric Fiat, Cours de philosophie pratique Master I 2010-2011, p.4

Comme nous avons pu le pressentir dans nos situations de soins avec les enfants, les postures « raisonnables » en théorie, celles des soignants qui ne gardent en tête que l'Idée du soin, sont par définition insensibles à la détresse de l'enfant. Aristote nous propose de dépasser cette situation en nous penchant sur les faits eux même.

"La vraie politique en toutes choses ; c'est le fait ; et si le fait lui-même était toujours connu avec une suffisante clarté, il n'y aurait guère besoin de remonter jusqu'à sa cause."²² Aristote s'oppose alors à Platon qui nous propose de nous détourner de l'expérience pour bien agir. Nous sommes invités avec Aristote à revenir sur cette expérience, à explorer nos incertitudes, à nous poser des questions à partir des faits et pas seulement des idées.

« Platon avait bien raison de se demander et de rechercher si la vraie méthode consiste à partir des principes ou à remonter jusqu'à eux ; tout comme pour le stade on peut aller des juges à la borne ; ou, à l'inverse, de la borne aux juges —§ 8. Mais il faut toujours débiter par des choses bien notoires et bien claires. »²³

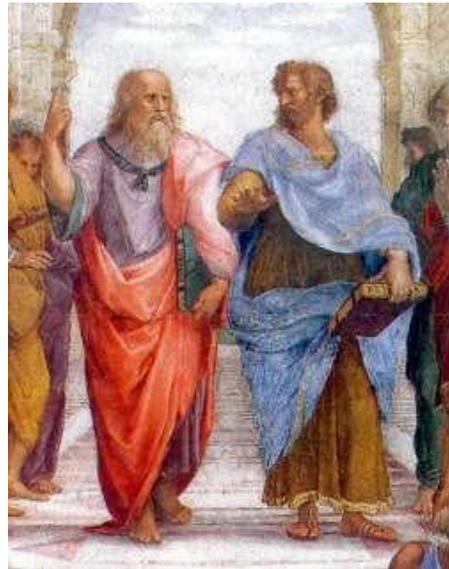
Les soignants qui arrêtent leur regard sur l'enfant, sur ses difficultés à vivre le soin et suspendent la réalisation de celui-ci lorsque c'est trop difficile pour l'enfant, inversent en quelque sorte les bornes de leur jugement. La réflexion se dépoliarise de « l'intérêt supérieur su soin » vers « l'intérêt supérieur de l'enfant ». Nous assistons alors à une inversion de l'usage de la raison, de son usage théorique à son usage pratique. Cet usage pratique éclaire nos actions, notre *praxis* et modifie notre conduite.

²² Aristote, *Ethique à Nicomaque*, « *op.cit.* » p. 41.

²³ *Idem*, p. 41.

Chapitre III

De l'exécution protocolaire du soin au respect de l'enfant



« L'école d'Athènes » Raphaël (1511)

Raphaël nous offre une représentation symbolique des conceptions philosophiques de Platon et d'Aristote dans sa fresque « l'Ecole d'Athènes ». Les gestes des deux philosophes, le premier tend sa main vers le ciel tandis que le second désigne la terre, marquent clairement l'opposition entre la théorie Platonicienne et le pragmatisme Aristotélicien. En plaçant la paume de sa main vers le sol, Aristote nous invite symboliquement à nous pencher sur le concret.

Comme nous le préconise Aristote, nous nous arrêtons dans ce troisième chapitre sur les faits, afin d'observer les éléments qui jalonnent le passage de la contention, voire de la violence lors des soins à l'acte de soins respectueux.

Du regard Aristotélicien sur la contention lors des soins

Des gestes techniques à la douleur provoquée

Pour être précis, revenons au fondement même de notre problématique. Pourquoi sommes-nous confrontés au refus de l'enfant ? La première explication simple et évidente est la douleur que nous provoquons par nos gestes.

Piqûres, ponctions, sutures, effractions et intrusions sont les corolaires de l'acte médical. Certes, tout cela répond à des nécessités diagnostiques ou thérapeutiques mais cela fait mal ! Cette réalité est indéniable. Nous disposons de nombreux moyens aujourd'hui pour y répondre. De la crème²⁴ qui « endort » la peau avant la piqûre, au saccharose²⁵ que l'on délivre aux bébés deux minutes avant le soin, en passant par l'utilisation du MEOPA²⁶, nous sommes en mesure d'éviter ou du moins de limiter un certain nombre de douleurs à l'enfant. Pourtant lorsqu'on analyse les pratiques, au décours d'enquêtes et d'audits nous découvrons que ces moyens ne sont pas mis en place systématiquement. Beaucoup d'enfants ont encore à subir des soins sans moyens antalgiques alors que ces méthodes sont disponibles.

« Il est donc nécessaire que nous considérions tout ce qui se rapporte aux actions, pour apprendre à les accomplir ; car se sont elles qui disposent souverainement de notre caractère et de l'acquisition de nos mode d'être, comme nous venons de le dire »²⁷

Nous avons pu observer au décours d'une enquête sur la contention lors des soins²⁸ que plus de la moitié des enfants qui ont une contention forte ou très forte ne bénéficient d'aucun moyen antalgique ou que ceux-ci ne sont pas

²⁴ Crème Emla® ou Anesderm® associant lidocaïne et priocaïne, qui provoque une anesthésie de la peau quand elle est posée au minimum une heure avant le geste

²⁵ L'association de l'administration d'une petite quantité de saccharose à 30% et de la succion déclenche chez le bébé et ce jusqu'à 4 mois de vie une libération d'endorphines suffisamment puissante pour bloquer les messages nociceptifs

²⁶ MEOPA : Mélange Equimolaire Oxygène Protoxyde d'Azote est un gaz médical aux propriétés analgésiques et anxiolytiques très utile pour prévenir les douleurs provoquées par les soins

²⁷ Aristote, *Ethique à Nicomaque*, « *op.cit* » p. 80.

²⁸ Hôpital A.Trousseau 2009. Enquête sur 296 gestes en Pédiatrie dont 9% avaient nécessité une contention forte à très forte

optimums. Il existe bel et bien une corrélation entre douleur et contention. Les enfants qui s'agitent et se débattent le font bien souvent pour se protéger d'une agression potentielle, pour s'y soustraire, pour éviter d'avoir mal. Dans ce cas la situation se complexifie car le soignant est alors placé face à la réalité de ses actes.

Lorsqu'il effectue un soin sans antalgique ou avec une analgésie insuffisante, le soignant est directement responsable de la douleur provoquée. Bien que son intention soit de soigner et non de faire mal à l'enfant, l'inconfort de celui qui réalise le soin est à son paroxysme lorsque l'enfant se débat et se défend. Face à cette réalité le soignant, lui aussi, se défend, le plus souvent de manière inconsciente. Nous disposons de mécanismes psychiques qui nous protègent de cette réalité dérangeante que nous évoquons un peu plus tôt. Nous nous retranchons alors derrière des postures qui justifient nos actions, qui nous permettent de rester sourds et aveugles à la détresse de l'enfant.

Du choix au poids d'une posture

Mais ne seraient-ce pas ces postures elles-mêmes qui nous poussent à agir ainsi ? Ceux qui servent la médecine ne sont-ils pas sous le joug médical, en son « pouvoir » en quelque sorte, plutôt que soumis au « devoir » médical ?

Notre capacité à prendre du recul, à nous démarquer de cette posture, à faire autrement est ici questionnée. Nous pourrions alors aborder cette problématique au travers du prisme de l'autonomie du soignant. Celui-ci, prisonnier de sa mission, ou plutôt de l'idée qu'il en a, est-il réellement en mesure de décider, d'être autonome face à ces situations complexes ? La « loi médicale », n'exerce-t-elle pas une pression irrépessible sur les personnes qui soignent des enfants à l'hôpital. Notre environnement nous oblige, dans le sens où il influence nos comportements. Nous pourrions alors évoquer la définition de *l'hétéronomie*. « Ce n'est pas alors la volonté qui se donne à elle-même la loi, c'est l'objet qui la lui donne par son rapport à elle »; la volonté cherche donc « cette loi dans la propriété de quelqu'un de ses objets », or dans ce cas, « il en résulte toujours une *hétéronomie* »²⁹. Ce concept Kantien parle de l'incapacité de l'homme à se donner ses propres lois et à se régir d'après elles. L'hétéronomie est l'inverse de

²⁹ Emmanuel Kant, *Fondements de la métaphysique des mœurs*, Gava (Espagne), Le Livre de Poche, « Les Classique de la Philosophie » septembre 2009.

l'autonomie. Ce qui dirige les gestes des soignants doit être dissocié de qui régie ses actes. Cette dissociation nous aide à comprendre les manières de faire, les comportements qui à première vue nous échappent. Cette distinction nous permet d'approfondir notre problématique en questionnant notamment la violence de certains de nos gestes.

Pour W. Jankélévitch : « Il ne serait pas exagéré de définir la violence : une force faible. C'est la force qui s'oppose à la faiblesse : la violence, elle, s'oppose à la douceur ; la violence s'oppose si peu à la faiblesse que la faiblesse n'a souvent pas d'autre symptôme que la violence ; faible et brutale parce que faible précisément. »³⁰

Ce regard sur la faiblesse des soignants éclaire différemment nos difficultés à renoncer au soin lorsqu'il se passe mal. Tout comme le téméraire n'est pas le courageux, le brutal n'est pas le méchant. Nous sommes à la recherche d'un juste milieu, en mesurant que l'écart entre la faiblesse et la brutalité est plus petit qu'entre la faiblesse et la force. Nous parlons ici de la force morale, de celle qui donne le courage de renoncer, de se révolter contre de puissantes injonctions, en dépassant ses peurs.

La peur contingente du soin en pédiatrie

L'enfant et la peur des soins

Les gestes techniques médicaux sont de nature à déclencher la peur de l'enfant. La vue des aiguilles, des tuyaux, des machines évoquent des effractions menaçantes de l'intégrité du corps. D'ailleurs, la plupart du temps, de manière habituelle l'enfant a peur des soins. Il a peur de ce que nous allons lui faire, peur d'avoir mal, peur de ne plus être près de ses parents, peur de l'inconnu. « Même si la maladie n'est pas très grave, l'enfant se sent rapidement pris dans le raz de marée de la souffrance et de la panique qui dépasse toujours la douleur »³¹ Les motifs de frayeur et d'affolement sont innombrables si l'on veut bien y prêter attention.

³⁰ *Dictionnaire de la langue philosophique*, presses universitaires de France, 3^{ème} édition, 4^{ème} trimestre 1978, Vendôme, p.764.

³¹ S-D Kipman *L'enfant et les sortilèges de la maladie- Fantômes et réalités de l'enfant malade, des soignants et de sa famille* 1981 Editions Stock, p.37.

La peur qui s'empare de l'enfant est bien souvent à l'origine de son agitation. La peur est une émotion. Le terme émotion vient du latin « *motio* » qui signifie se mouvoir, le mouvement. La peur en tant qu'émotion déclenche un enchaînement de réactions physiques et de mouvements psychiques. Nous pouvons par conséquent considérer que la peur participe au processus qui nous conduit à utiliser la contention pour faire les soins dans la mesure où elle déclenche l'agitation de l'enfant qui elle-même provoque la contention. L'examen du concept de peur, en particulier l'analyse de la contingence de la peur et des soins en pédiatrie nous aide à cheminer au travers de cette problématique.

Dans quelles mesures la peur est elle contingente des soins ?

D'après Aristote, le contingent a deux significations : « D'une part, c'est ce qui est le plus habituel, mais sans caractère de nécessité : par exemple, le grisonnement de l'homme, sa croissance, son dépérissement, et en général tout ce qui est dans l'ordre de la nature : car rien de tout cela n'est d'une nécessité constante, puisque l'homme n'existe pas toujours; mais du moment que l'homme existe, ou cela est de nécessité, ou du moins cela est le plus ordinairement. D'autre part, le contingent est encore l'indéterminé qui peut être ainsi ou non ainsi. »³²

Il est naturel pour l'homme de ressentir des émotions, la peur est l'une d'elles. Cependant la peur n'est pas une nécessité constante, elle n'est qu'un corolaire de la condition humaine et *a fortiori* des événements de la vie. La peur est donc possible mais elle n'est pas systématique. Cet aspect de la contingence de la peur peut s'appliquer au domaine des soins en pédiatrie.

Cependant notre étude de la contingence de la peur et des soins épargne l'un des protagonistes principal de notre problématique. Faire cas uniquement de la peur de l'enfant serait une erreur, ce serait comme négliger le caractère nécessaire des émotions à la condition humaine. Il nous faut nous pencher tout autant sur l'enfant que sur le soignant qui réalise le soin. Il est lui aussi est ontologiquement concerné par cette émotion. En définitive la peur est une émotion partagée entre les enfants et les soignants pendant les soins.

³² Aristote, *Logique*, traduit en français pour la première fois et accompagnée de notes perpétuelles par j. Barthélemy- saint hilaire professeur de philosophie grecque et latine au collège royal de France, tome II ,premiers analytiques, paris, librairie de Ladrance.

La peur des soignants

A l'hôpital, les personnels de santé obéissent à des obligations tant légales que morales. Médecins, infirmières, sages-femmes... exercent dans un cadre juridique spécifique, soumis à des codes de déontologies, à des réglementations. Le statut des infirmières, par exemple, est décliné dans un décret de compétences³³ qui stipule, entre autres, la réalisation de soin sur prescriptions médicales. Historiquement l'infirmière est « affeodée » au pouvoir médical, sous son autorité. Le poids de cette histoire pèse encore aujourd'hui dans les relations professionnelles. Bien que les conceptions aient changées et que le métier d'infirmière soit aujourd'hui une profession à part entière, nous y retrouvons la notion de « soumission à l'autorité ».

La peur de désobéir

Comme Stanley Milgram a pu le mettre en évidence au décours de ses travaux : la « soumission à l'autorité »³⁴ est une attitude qui va largement au-delà de l'obéissance consentie. Face à un conflit entre obéissance et valeurs personnelles le jugement individuel est relégué, sous couvert de l'exécution de l'ordre. Cette problématique a largement été évoquée au procès d'Adolf Eichmann, qui articulait sa défense sur le thème « J'ai obéi aux ordres » (voir l'analyse de Hannah Arendt et la banalité du mal³⁵). *Citation Hannah A.*

Toute proportion gardée, la poursuite des soins en pédiatrie avec le recours à la contention et à la violence envers l'enfant s'apparente à ce type de fonctionnement psychique. La peur de se confronter au médecin de remettre en question sa prescription est plus forte que le jugement individuel. Cela explique en partie la persévérance à faire les soins quelles qu'en soient les conditions.

³³ Décret n°2004-802 du 29 juillet 2004 (Ref : code de santé publique)

³⁴ Stanley Milgram, *Soumission à l'autorité*, éd. Calmann-Lévy, 1974

³⁵ Hannah Arendt, *Eichmann à Jérusalem. Rapport sur la banalité du mal*, traduction française A. Guérin, Gallimard, 1966 – Folio, 1991 [*Eichman in Jerusalem : A Report on the Banality of Evil*, New York, The Vinking Press, 1963]

La peur de « mal faire »

L'exécution de la prescription réclame application, rigueur et sérieux. Il s'agit de bien faire ce qui est prescrit. La volonté s'applique à faire ce qui est demandé. Le but, plus que de faire le soin est de bien exécuter l'ordre. Il y a un véritable souci de bien faire et la « peur de faire mal » dans le sens de provoquer de la douleur est alors, moins forte que « la peur de mal faire ».

Le médecin n'est, quant à lui, pas épargné par cette peur de mal faire. Il doit à son niveau respecter le processus médical. La pensée médicale procède par élimination, par déduction. Il est difficile de laisser le raisonnement diagnostic s'enliser dans des considérations « émotionnelles ». Ces digressions risqueraient de corrompre le jugement clinique, d'être responsable d'une erreur aux conséquences lourdes. Cette peur de « mal faire » cache une peur plus insidieuse, plus profonde.

Une peur insidieuse

Il existe une autre peur qui taraude le soignant en pédiatrie, une peur qui tenaille l'esprit de n'importe quel médecin ou infirmier, celle de l'échec absolu, celle réelle ou potentielle de la fin tragique de la prise en charge, celle de la mort de l'enfant.

Le spectre de la mort plane toujours plus ou moins dans nos hôpitaux. Plus qu'ailleurs l'hôpital nous confronte à cette réalité cruelle, la possibilité que la vie s'arrête. Nos formations nous conditionnent à dépister, à reconnaître des signes d'aggravation, des indicateurs du « péril ». Le scénario est maintes et maintes fois répété, des procédures sont rédigées pour gagner du temps, pour être efficace, pour éviter ce qui peut l'être. Chaque médecin ou infirmier un peu expérimenté se souvient d'une histoire dramatique où tout est allé trop vite où la vie a filé sans que nous n'ayons quasiment rien vu, rien pu faire. Cette terreur entretenue, nous maintient en éveil, nous garde vigilants.

Un des fondements conceptuels de la philosophie d'Hans Jonas³⁶ est l'heuristique de la peur. A une échelle très élargie il considère que la peur est un moteur qui pousse l'homme à être plus responsable dans notre environnement

³⁶ Hans Jonas, *Le principe responsabilité, une éthique pour la civilisation technologique*, traduit par Jean Greish, Paris, Ed. du Cerf, 1990.

technologique contemporain. Nous constatons dans notre étude qu'à l'échelle d'un groupe social tel que les équipes hospitalières la peur tient une place certaine dans la notion de responsabilité.

Alors face à cette peur plus ou moins présente, mais réelle tout de même, pour chacun d'entre nous, la raison disparaît parfois. La peur imminente de la mort possible guide inconsciemment nos actions. Évidemment face à cette possibilité de l'irréversible, du décès brutal de l'enfant toutes les considérations de confort et de bien être sont reléguées au second plan. C'est la vie qui compte ! Voilà un argument inattaquable. Ce type de raisonnement est d'ailleurs soutenu par certains lorsqu'il existe un défaut de prise en charge de la douleur. Même si ces arguments sont rarement fondés et qu'à l'examen des faits aucune raison tangible n'explique l'absence d'antalgique ou l'usage de la force pendant le soin. Nous avons néanmoins à considérer ce type de délibérations psychiques.

Car c'est ce que rencontrent les soignants en pédiatrie et ce qui pèse au moment de choisir telle ou telle attitude. Ces marchandages psychiques existent même si le risque vital reste globalement exceptionnel, mis à part dans certains services spécifiques. Malgré tout, ce risque plane, imprégnant l'atmosphère hospitalière et avec elle les esprits qui y travaillent. Ces mouvements émotionnels ont toute leur importance dans la compréhension de notre sujet. Ils représentent en quelque sorte la partie immergée de l'iceberg, les fondements larvés de nos comportements paradoxaux. Ils éclairent de façon nouvelle dans quelle mesure le soignant lorsqu'il fait de la contention croit faire « mal à l'enfant pour son bien ».

Dans un premier temps l'étude de notre sujet de la contention de l'enfant lors des soins pouvait donner à penser que seul l'enfant était concerné par la peur. Nous pouvions croire que la force du soignant s'opposait à la faiblesse de l'enfant.

Mais cette représentation fige les protagonistes dans des postures statiques, en négligeant ce qui rassemble l'enfant et le soignant.

Le partage des émotions, le fait que le soignant soit lui-même animé par des sentiments contradictoires, qu'il ressente lui aussi la peur représente une étape dans notre réflexion. Ce constat nous permet de nous pencher dans un dernier chapitre sur le temps de la peur partagée qui est aussi une forme de rencontre.

Chapitre IV

De la peur au courage de la délibération

De la rencontre des peurs

Le soignant doit certes s'interroger et prendre en compte les réactions de l'enfant mais il a également à prendre en considération les sentiments qui le traversent. Les émotions à l'origine de mouvements psychiques déterminent inconsciemment certaines de nos attitudes. Etre conscient de cela c'est accepter de nous pencher sur ce qui gêne nos pas en recherchant « le caillou glissé dans la chaussure ».

Nous sommes alors, bien loin d'un aspect théorique. Nous nous rapprochons de la réalité, de ce que nous avons à vivre au quotidien, bien loin des dogmes qui réduisent l'enfant malade à un objet de soin et le soignant à une machine à soigner.

De la rencontre intersubjective

Considérer notre propre humanité en tant que soignant avec nos forces et nos faiblesses permet de reconnaître ce qui nous rassemble enfant et soignant : notre statut d'homme. Reconnaître ce qui nous relie ontologiquement équivaut à accorder implicitement un statut de « sujet » à l'enfant. Nous observons alors un véritable changement de paradigme car le temps du soin devient le temps d'une rencontre authentique, celle de nos subjectivités.

Cette reconnaissance est une sorte d'étape pour que le déroulement des soins ne soit plus guidé par des peurs invisibles. Il est alors possible d'imaginer des soins plus respectueux.

La rencontre intersubjective est rendue possible parce que le regard porté sur l'enfant change. Mais cette rencontre ne se décrète pas, elle s'improvise dans le sens où on en décide pas les modalités à l'avance. Cependant cette improvisation n'en est pas vraiment eu car en réalité celle ci est conditionnée à un certains nombres de prédispositions. Quels sont donc les éléments qui disposent le soignant à transformer son regard le temps du soin ? Pour le comprendre, arrêtons-nous en premier lieu sur l'analyse de la question du temps.

Le temps suspendu

Lorsqu'un soin se passe mal, que l'enfant commence à s'agiter, nous distinguons toujours un moment où l'attitude de ceux qui font le soin bascule. Un moment crucial, dans lequel le cours des choses puise sa source, un instant déterminant mais fugace. C'est un peu comme si le temps était suspendu dans l'attente d'une décision, celle de la direction à prendre. Tout comme le navigateur fait le point avant de reprendre son cap. Ce sont des instants durant lesquels le temps ne semble pas s'écouler. Ces moments précèdent ceux de la décision. Il s'agit du moment précis où les comportements vont basculer dans un sens ou dans un autre.

Nous pourrions clarifier notre propos en évoquant une image de la vie urbaine : celle d'un trajet dans le métropolitain.

Il existe de grandes stations qui sont des centres de connexion entre plusieurs lignes de métropolitains. Ces endroits sont immenses et les trajets des voyageurs sont facilités par de longs trottoirs roulants à double sens. Certains voyageurs marchent, d'autres restent immobiles sur le tapis. Dans un mouvement décalé, accéléré par une force motrice extérieure les voyageurs sont portés vers leurs destinations respectives. Les tapis opposés, transportant leur lot d'usagers, avancent l'un vers l'autre. Les personnes transportées par chacun des tapis roulants ne se croisent qu'à un seul instant. Une confrontation fugace qui la majorité du temps ne donne pas lieu à une rencontre. Celle-ci n'est possible que lorsque les regards se croisent, qu'ils se reconnaissent.

Cette situation diffère évidemment de notre quotidien hospitalier néanmoins nous pourrions retenir de cet exemple l'analogie des chemins qui se croisent, de la fugacité de la confrontation et de l'opportunité ou pas de la rencontre ; celle-ci étant conditionnée par le regard porté sur l'autre.

Notre métaphore de tapis roulant présente d'autres analogies avec notre problématique car l'aspect mécanique n'est pas sans rappeler certaines postures évoquées plus tôt. Celles des théoriciens qui regardent au loin, au delà des aspects concrets, qui privilégient la fin aux moyens. Le fait que la mécanique du tapis roulant puisse être arrêtée, suspendue est un élément à mettre en parallèle avec ce qui nous préoccupe.

L'interruption du mouvement suspend le temps, il prolonge la possibilité de croiser des regards, de se rencontrer. L'arrêt du soin donne concrètement le temps de penser. Alors que l'instinct se nourrit de l'instantané, la réflexion s'alimente au fil du temps. Les actions se pondèrent, elles ne sont plus instinctives ou mues par des émotions qui nous emportent.

Le temps des habitudes

S'exercer à bien faire nos soins, c'est prendre de bonnes habitudes, c'est avoir une conduite qui découle d'une certaine éducation. Mais toute éducation n'ouvre pas la voie de la sagesse pratique. Nous avons relevé plus tôt les effets pervers d'une vision trop théorique des soins qui éloigne du concret, qui rend insensible à la réalité vécue par l'enfant.

Des pièges de l'éducation aux bonnes habitudes

Comme nous le constatons au travers de notre problématique de la contention, le formatage de la pensée médicale ne rejoint pas toujours le confort des enfants. Certaines facettes de l'éducation des soignants sont délétères dans le sens où elles nous engagent plus à respecter la procédure de soins que l'enfant lui-même. Du point de vue de la raison cartésienne le soignant bien éduqué est celui qui respecte la procédure. Il existe donc un risque à suivre des préceptes rigides pour exécuter nos soins.

Rappelons l'exemple des principes éducatifs désastreux développés au XIXème siècle qui justifiaient des attitudes aberrantes vis à vis des enfants. De nombreux traités pédagogiques prônaient l'humiliation de l'enfant et la recherche de sa soumission absolue à l'autorité de l'adulte. Combien de parents et de pédagogues croyants bien faire ont appliqué ces principes ? Alice Miller fait l'historique de cette « pédagogie noire » dans son ouvrage « c'est pour ton bien »³⁷, ce titre n'est pas sans rappeler des situations qui nous interpellent en pédiatrie.

³⁷ Alice Miller, *C'est pour ton bien Racines de la violence dans l'éducation des enfants*, Aubier traduction de Am Anfang war Erziehung, ©Suhrkamp Verlag, Franckfurt am Main, 1980

Il y a à peine une trentaine d'années, nos hôpitaux pédiatriques étaient des lieux interdits aux parents des enfants malades. La lutte contre la douleur en pédiatrie était considérée par certains comme délétère car elle empêchait l'enfant « de se forger le caractère ». De nos jours encore, certains responsables de service font appliquer des procédures irrationnelles, en prescrivant d'attacher les enfants pour faire des soins par prophylaxie des infections. Le personnel qui respecte ces règles dictées par l'institution, le responsable médical ou paramédical, n'est pour autant pas respectueux de l'enfant. C'est bien là tout le dilemme. L'exercice vertueux des soins ne se réduit ni à l'obéissance aveugle ni à l'exécution de gestes routiniers. L'éducation et dans notre cas la formation scientifique *stricto sensu* ne représente pas le socle de notre jugement pour bien faire les soins.

Pour devenir vertueux en actes, comme nous le préconise la philosophie Aristotélicienne, nous cherchons à échapper d'une part à notre nature première et d'autre part à un jugement biaisé pour bien exécuter nos soins dans le respect de ceux que nous soignons.

De l'instinct à l'habitude

Nous constatons que si nous contenons de force un enfant pendant un soin au mépris de sa détresse c'est qu'il n'est pas si simple au quotidien de bien se comporter ou encore d'avoir la juste attitude alors même que nos intentions sont bonnes. Nous sommes dépassés par des gestes que nous pourrions considérés comme instinctifs.

Selon Aristote on distingue chez l'homme deux natures : une première et une seconde nature.

Notre nature première nous pousse à agir spontanément, sans délibération préalable. C'est en quelque sorte notre instinct naturel (*phusis*). Pour ce qui concerne notre sujet, il est finalement naturel de tenir un enfant qui s'agite, c'est a priori la première action qui vienne à l'esprit. Cette réaction répond aux perturbations que l'opposition de l'enfant provoque dans le cours de notre travail et plus globalement aux malaises qui nous assaillent.

Nous avons donc à lutter contre cet instinct pour tendre vers une attitude plus réfléchie, vers une action qui soit le fruit d'une délibération. Il s'agit alors de transcender nos habitudes naturelles pour prendre des habitudes vertueuses, en

adéquation avec notre véritable but celui de bien agir. Pour nous élever à ce qu'Aristote considère être notre « seconde nature ». Celle-ci correspond au moment où l'homme parvient à transformer ses dispositions en actes. Car la nature ne fait pas l'homme vertueux en actes, elle lui donne des vertus en puissance, c'est-à-dire qui demandent à s'accomplir. « Tout comme la graine de la rose est une rose en puissance, la rose est une rose en actes. »³⁸

Pour Aristote la vertu ne se décrète pas, c'est la répétition des actes et l'éducation qui peu à peu transforment notre manière d'agir qui nous permet de parvenir à notre seconde nature.

« §3. Ainsi les vertus ne sont pas en nous par l'action seule de la nature, et elles n'y sont pas davantage contre le vœu de la nature ; mais la nature nous en rendus susceptibles, et c'est l'habitude qui les développe et les achève en nous. »³⁹

Le soignant a naturellement des dispositions pour prêter attention à celui qu'il soigne, mais celles-ci demandent à s'exercer au quotidien. Ces dispositions naturelles sont éprouvées par les faits ordinaires. Aristote nomme « l'habitude », la concrétisation en actes de notre volonté de bien faire. C'est un exercice qui nécessite d'être répété et réfléchi.

Du temps de la délibération

De la vertu et de l'habitude

Notre étude nous a amené précédemment à observer la peur comme l'un des moteurs de nos actions. Une peur qui nous pousse à agir instinctivement.

L'exercice du courage incarne-t-il ici la vertu à rechercher par les soignants ? La peur du soignant de ne plus être reconnu par ses pairs, de se soustraire à l'autorité, d'être en échec, de voir mourir l'enfant avec tout son corollaire de conséquences peut-elle se transformer par l'exercice du courage ? Certes le courage s'acquiert en se confrontant régulièrement au danger, en affrontant sa peur mais encore faut-il avoir conscience de cette peur pour chercher à la transcender.

L'apprentissage du bon exercice du soin ne devient possible que lorsque le soignant a le courage d'affronter sa réalité : ce qu'il est, ce qu'il fait.

³⁸ Eric Fiat, Cours de philosophie pratique Master I 2010-2011

³⁹ Aristote Ethique à Nicomaque p. 78

Le terme courage, issu du latin (*virtu*) est compris ici dans le sens général de la vertu ; dans ce qu'il signifie profondément : ce qui est propre à l'homme (*vir*) dans ce qu'il vise de bien faire son métier d'homme.⁴⁰

« Ce n'est pas pour savoir ce que c'est que la vertu que nous livrons nos recherches ; c'est pour apprendre à devenir vertueux et bons ; [...] Il est donc nécessaire que nous considérions tout ce qui se rapporte à nos actions, pour apprendre à les accomplir ; »⁴¹

Du bon accomplissement

Tout comme il est dangereux de s'imposer une attitude stéréotypée, il est vain de décréter l'usage exclusif d'une vertu pour mieux faire nos soins. Chacun de nos actes demande à être pondéré en fonction des réactions de l'enfant, des situations. Car tout comme il est problématique d'user de la force pour contraindre un enfant, il est tout aussi discutable de renoncer à faire les soins dès que l'enfant s'oppose à celui-ci. C'est sans doute l'apprentissage de la « délibération » telle que l'entend Aristote qui nous aide à transcender nos pratiques habituelles. « Par conséquent, ce n'est pas sur la fin même qu'on délibère, mais sur les moyens qui peuvent y mener. »⁴²

Il s'agit de trouver un juste équilibre en pondérant excès et manque. Le juste milieu ou la juste attitude qui représente alors la sagesse pratique qui nous guide dans nos actions.

Cette recherche d'équilibre évoque l'exercice du funambule qui traverse deux crêtes montagneuses reliées par un fil d'acier. Pour autant que cette traversée soit périlleuse, les risques de chute sont réduits si le funambule s'est exercé à marcher lentement, à surmonter sa peur et surtout à trouver son équilibre. Il est aidé d'un balancier qui lui permet de se rétablir. Lorsqu'il sent qu'il oscille, qu'il risque de basculer alors il s'arrête et laisse le balancier, prolongement de lui-même, lui fournir l'envergure nécessaire au rétablissement.

Les soignants sont des équilibristes qui avancent sur un fil tendu. Il s'agit de faire les soins sans basculer dans la violence, ce qui s'avère parfois être une opération délicate. Ce pourrait-il que nous disposions sans le savoir d'un balancier

⁴⁰ Eric Fiat, Cours de philosophie pratique Master I 2010-2011, p.14

⁴¹ Aristote *Ethique à Nicomaque* p. 80

⁴² *Idem* p.120

salutaire pour nous maintenir en équilibre ? Se donner de l'envergure se traduit ici par la possibilité d'ouvrir son regard sur d'autres possibles. Il est possible de prendre son temps, possible de suspendre un soin, possible qu'un enfant ne s'agite pas et n'ai pas peur si on s'en donne les moyens. Il est possible d'imaginer que le « soignant funambule » s'aide de « l'enfant balancier » dans la mesure où les soignants considèrent les réactions de l'enfant, en tiennent compte pour choisir le meilleur rythme, en s'adaptant à son « tempo » en quelque sorte.

Celui qui fait le soin est centré sur l'enfant. Il s'installe dans une sorte de « bulle relationnelle » avec lui pour le temps du soin. Toute l'attention du soignant est véritablement fixée sur l'enfant en intégrant à la fois les aspects techniques et émotionnels. Ces ajustements, ces fluctuations témoignent de l'existence d'une véritable relation.

Conclusion

Si nous laissons notre imagination se porter sur l'enfant, sur ce qu'il nous évoque : fragilité, vulnérabilité et *a fortiori* si cet enfant est malade et qu'il nécessite des soins douloureux et anxiogènes, il est probable que nous ressentions instinctivement l'envie de protéger, de soulager.

Les enfants réclament de la douceur de la patience. Les enfants malades demandent des soins. L'univers de la maladie et celui de l'enfance sont *a priori* antinomiques. Pourtant en pédiatrie nous avons à concilier au quotidien ces univers. L'enfant nécessite d'être soigné et il n'est pas en mesure de le comprendre. L'hôpital est le lieu de travail des soignants, c'est un monde inconnu qui apparaît hostile et effrayant à l'enfant. Animés par de bonnes intentions, celles de guérir, de soulager, nous pratiquons des gestes techniques insensés aux yeux de l'enfant. Alors forcément le quotidien en pédiatrie ne ressemble pas à un conte de fées pour enfant.

Concrètement nous sommes amenés à faire des soins auprès d'enfants effrayés, qui se débattent, qui s'agitent. Un certain nombre de soins en pédiatrie se déroulent dans la violence. Certains soignants confrontés à l'agitation de l'enfant, à son refus des soins, utilisent la contention. Il y a parfois plusieurs adultes qui maintiennent avec force un enfant de deux ou trois ans. C'est ce paradoxe étonnant qui nous interpelle : ferrions-nous mal à l'enfant pour son bien ?

Mais de quel bien, parlons-nous ? La définition de ce « bien » là, celui qui justifie que l'on use de la contention n'est-elle pas fondée sur la conviction que le soin prime sur le confort ? La fin ne justifie-t-elle pas les moyens ? Par conséquent, soigner nous donne des droits sur l'enfant, cela légitime certains de nos comportements. Mais qu'en est-il de nos devoirs envers lui ? Comment expliquer que les comportements des soignants basculent dans la brutalité ?

Comment comprendre que de telles habitudes de soins soient encore au gout du jour ? Mais peut-on faire différemment, comment faire ? Voilà les dilemmes quotidiens qui nous tiraillent.

La philosophie nous donne l'occasion de nous pencher sur nos actions, sur nos habitudes. L'habitude qui se traduit en grec par *ethos* parle ici de l'éthique de nos soins. Nous nous étonnons de retrouver une telle proximité entre les courants philosophiques et notre quotidien de soignant. Nous nous surprenons par exemple à observer que les soignants invitent inconsciemment les enfants qui subissent les soins au stoïcisme ; ou que notre formation médicale est profondément empreinte d'une vision cartésienne. Nous observons notre problématique d'un œil nouveau, accompagnés par les philosophes, éclairés par différentes conceptions philosophiques. La philosophie Aristotélicienne a particulièrement influencé ce travail en permettant de poser un regard sur la réalité concrète, de partir de ce que nous avons à vivre au quotidien.

C'est en premier lieu au travers un regard macroscopique sur l'histoire de la médecine que nous avançons dans notre réflexion. En effet le poids de notre héritage vis-à-vis des soins et de la médecine pèse lourdement dans nos attitudes contemporaines. Malgré notre attachement à la vision d'Hippocrate qui prône une médecine au service du malade, nous sommes encore sous le joug d'une médecine scientifique dont le malade est un objet d'étude. Difficile d'ailleurs de sortir de cette vision alors même que les attentes des malades sont de l'ordre de la réparation, de la « remise en état ». C'est la technique qui répond à ce type de besoin. C'est donc une réponse technologique que nous apportons.

Cette conjoncture est d'autant plus complexe qu'il s'agit d'enfants à qui la maturité fait défaut et pour lesquels l'habitude est de décider ce qui est bon pour eux. Cependant tous les soignants n'ont pas la même attitude face à ces situations. Certains comportements se détachent et nous constatons qu'il existe des analogies entre les attitudes des soignants et certaines postures philosophiques.

Nous observons ensuite certains éléments qui jalonnent l'exécution protocolaire du soin vers le respect de l'enfant. L'étude de la peur comme émotion qui rassemble l'enfant et le soignant dans ces moments critiques du soin représente une étape importante de notre travail.

Elle permet de nous interroger dans un quatrième temps sur les opportunités d'une rencontre entre l'enfant et celui qui fait le soin. Cette rencontre qui marque le passage du statut d'objet de soin de l'enfant à celui de sujet. Nous parlons alors de la possibilité de changement dans nos habitudes de soins.

Il semble que la considération de l'enfant, la prise en compte de son statut subjectif permette une rencontre authentique à partir de laquelle le soignant peut interroger ses pratiques. Cette reconnaissance de l'altérité de l'enfant donne à celui qui fait le soin le courage de la délibération.

Cependant notre raisonnement est loin d'être complet si l'on s'en tient aux seules individualités. La démarche d'humanisation des soins s'inscrit dans un travail collectif. Notre réflexion ne peut exclure l'aspect prépondérant de la force du groupe, elle doit s'appuyer sur celle-ci pour promouvoir une nouvelle manière de soigner. Mais le changement passe-t-il par des prises de conscience individuelle ou par des apprentissages collectifs ?

La meilleure garantie de la sagesse pratique ne se trouve-t-elle pas dans le travail d'équipe où chacun est à la fois garant de lui-même et des autres ? Nous concluons sur cette réflexion d'Emmanuel Kant :

« Mais penserions-nous beaucoup, et penserions-nous bien, si nous ne pensions pas pour ainsi dire en commun avec d'autres, qui nous font part de leurs pensées et auxquels nous communiquons les nôtres ? »⁴³

⁴³ Emmanuel Kant (1724-1804), *Qu'est-ce que les Lumières ?* (1784)

Bibliographie

Ouvrages

Aristote, *Ethique à Nicomaque*, Paris, les classiques de la philosophie, « le livre de poche », 1992

Aristote, *Logique*, traduit en français pour la première fois et accompagnée de notes perpétuelles par J. Barthélemy- saint hilaire professeur de philosophie grecque et latine au collège royal de France, tome II ,premiers analytiques, paris, librairie de Ladrance.

Hannah Arendt, *Eichmann à Jérusalem. Rapport sur la banalité du mal*, traduction française A. Guérin, Gallimard, 1966 – Folio, 1991 [*Eichman in Jerusalem : A Report on the Banality of Evil*, New York, The Vinking Press, 1963]

Claude Bernard, *Introduction à l'étude de la médecine expérimentale* (1865), Paris, Flammarion, 1984.

Anne Laure Boch, *Médecine technique, médecine tragique*, Paris, Seli Arslan, 2009.

George Canguilhem, *Le Normal et le pathologique. Essai sur quelques problèmes concernant le normal et le pathologique*, PUF, 1966.

Dictionnaire de la langue philosophique, presses universitaire de France , 3ème édition , 4ème trimestre 1978, Vendôme.

Michel Geoffroy, *La patience et l'inquiétude, pour fonder une éthique du soin*, Paris, Romillat, 2004.

Christine Graindorge, *Comprendre l'enfant malade, Du traumatisme à la restauration psychique*, Dunod, Paris, 2005

Hippocrate, *De l'Art médical*, trad. E. Littré, textes présentés, commentés et annotés par D. Gourevitch , intr. D. Gourevitch, M. Grmek, P. Pellegrin, Livre de Poche, 1994.

Hans Jonas, *Le principe responsabilité, une éthique pour la civilisation technologique*, (traduit par Jean Greish), Paris, Ed. du Cerf, 1990.

Kant Emmanuel, *Fondements de la métaphysique des mœurs*, Gava (Espagne), Le Livre de Poche, « Les Classique de la Philosophie » septembre 2009.

S-D Kipman, *L'enfant et les sortilèges de la maladie- Fantômes et réalités de l'enfant malade, des soignants et de sa famille* 1981 Editions Stock

Stanley Milgram, *Soumission à l'autorité*, éd. Calmann-Lévy, 1974

Alice Miller , *C'est pour ton bien Racines de la violence dans l'éducation des enfants*, Aubier traduction de Am Anfang war Erziehung, ©Suhrkamp Verlag, Franckfurt am Main, 1980

Florence Nightingale, *Notes on Nursing: what Nursing is, what Nursing is not*, D. Appleton and Company, New-York, 1860.

Platon, *Menon*, Les intégrales de philo Edition Nathan 2000.

Platon, *La République*, Paris, GF Flammarion, 2004.

Articles

G.Aucoin-Gallant « La Théorie du Caring de Watson. Une approche existentielle-phénoménologique et spirituelle des soins infirmiers », *L'Infirmière Canadienne/The Canadian Nurse*, décembre 1990.

Emmanuel Kant (1724-1804), *Qu'est-ce que les Lumières ?* (1784)

Céline Lefève « La philosophie du soin » article paru dans *La Matière et l'esprit*, n° 4 : « Médecine et philosophie » (dir. D.Lecourt), Université de Mons-Hainaut, avril 2006.

Annexe 1

Service :
DOULOUREUX (CLUD)

UTILISATION DE LA CONTENTION LORS DES SOINS

Prénom de l'enfant : Age :		DATE /HEURE Initiales soignant et fonction :	S1 N=		S2 N=		S5 N=	
Nature du GESTE <i>Mettre une croix dans la colonne de gauche</i>	Ponction Veineuse							<p>Pour améliorer la prise en charge de la douleur provoquée par les soins, il est essentiel d'identifier les situations où les moyens antalgiques habituels sont inefficaces.</p> <p>La nécessité d'utiliser une contention apparaît un très bon indicateur de ces situations à risque</p> <p>Nous vous demandons de détailler pour chaque enfant la réalisation de cette contention</p> <p><u>Les niveaux de contention :</u> Niveau 0 : pas de contention l'enfant est calme et détendu</p> <p>Niveau 1 : « contention douce » : une partie du corps de l'enfant est juste maintenu (par une personne*) sans réaction de retrait de l'enfant</p> <p>Niveau 2 : « contention moyenne » une ou plusieurs parties du corps de l'enfant sont maintenues (par une personne*) avec réaction de retrait de</p>
	Pose cathlon							
	Ponction artérielle							
	Pose aiguille port à Cath							
	Injections							
	Dextro							
	Myélogramme							
	Ponction lombaire							
	Réfection de Pansements							
	Retrait d'Adhésifs							
	Aspiration nasale							
	Pose sonde gastrique/ Retrait*							
	Pose sonde urinaire/ Retrait							
	Ablation de redons, de drains							
Autre :								
Autre :								
Moyens médi- camenteux	Noter temps de pose	...	...	...	...	...	...
	Emla®	...	...	...	...	...	...
	Noter l'heure d'administration	...	...	...	...	...	...
	Nubain®	...	...	...	...	...	...
	Hypnovel®	...	...	...	...	...	...
	Morphine	...	...	...	...	...	...
Saccharose®	.....	...	...	...	...	...

	Autre				l'enfant
	MEOPA » (O/N)				<p><u>Niveau 3</u> : «contention forte » une ou plusieurs parties du corps de l'enfant sont maintenues fermement, (par plusieurs personnes*) l'enfant proteste, crie, pleure</p> <p><u>Niveau 4</u> : «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.</p>
	Acceptation du masque d'emblée (O/N)				
	Acceptation secondaire (O/N)				

Conditions du soin	Parents présents (O/N)				
	Niveau de contention (entre 0 et 4)				
	Arrêt du soin (en raison agitation: O/N)				
Evaluation numérique de la douleur lors du soin (entre 0 et 10) par la personne ayant réalisé le soin					* ou contention à l'aide de matériel : sac de sable ou menottes ou alèses

Annexe 2

Auteurs

Bénédicte Lombart Daniel Annequin Patricia Cimerman, Patricia Martret, Barbara tournaire,

La prévalence de la contention en pédiatrie est un élément important dans la prise en charge de la douleur provoquée par les soins. L'identification des situations où les moyens antalgiques habituels sont inefficaces est essentielle. Une enquête prospective a été menée par différentes unités de soins de l'hôpital.

Durant cinq jours consécutifs les soignants de chaque service ont réalisé une cotation de la contention sur une échelle de 5 sur l'ensemble des soins.

Niveau 0 : pas de contention

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

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

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

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

8 unités de soins ont participé à cet audit qui au total a concerné 296 gestes qui ont concerné 212 enfants. 42% des soins étaient des ponctions veineuses ou pose de cathéter court, 17% de dextros, 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. L'analyse de cette population met en évidence que les enfants de moins de deux ans présente un risque majoré de contention et qu'il existe pour 66% des enfants ayant eu une contention importante un déficit d'analgésie (un seul moyen antalgique utilisé voir aucun).

On constate également que le soin qui se déroule mal n'est quasiment jamais arrêté.

Cet audit ouvre des perspectives sur l'élaboration d'arbre décisionnel dans l'analgésie des douleurs provoquées ainsi que l'arrêt du soin lorsque celui-ci se déroule avec de la contention.