

**THESE**  
**POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE**

Présentée et soutenue publiquement par :

**Marie KROUK**  
Le 16/12/2021

**PERCEPTION DE LA CONTENTION PHYSIQUE EN ODONTOLOGIE  
PEDIATRIQUE PAR LES PATIENTS ET LEUR ENTOURAGE : ETUDE  
QUALITATIVE**

Directeurs de thèse : Dr Marie-Cécile VALERA et Dr Mathieu MARTY

**JURY :**

Président :	Professeur Frédéric VAYSSE
1 <sup>er</sup> assesseur :	Docteur Vincent BLASCO-BAQUE
2 <sup>ème</sup> assesseur :	Docteur Marie-Cécile VALERA
3 <sup>ème</sup> assesseur :	Docteur Mathieu MARTY



## Faculté de Chirurgie Dentaire

### ➔ DIRECTION

#### DOYEN

M. Philippe POMAR

#### ASSESEUR DU DOYEN

Mme Sabine JONIOT  
Mme Sara DALICIEUX-LAURENCIN

#### DIRECTRICE ADMINISTRATIVE

Mme Muriel VERDAGUER

#### PRÉSIDENTE DU COMITÉ SCIENTIFIQUE

Mme Cathy NABET

### ➔ HONORARIAT

#### DOYENS HONORAIRES

M. Jean LAGARRIGUE +  
M. Jean-Philippe LODTER +  
M. Gérard PALOUDIER  
M. Michel SIXOU  
M. Henri SOULET

#### CHARGÉS DE MISSION

M. Karim NASR (*Innovation Pédagogique*)  
M. Olivier HAMEL (*Maillage Territorial*)  
M. Franck DIEMER (*Formation Continue*)  
M. Philippe KEMOUN (*Stratégie Immobilière*)  
M. Paul MONSARRAT (*Intelligence Artificielle*)

### ➔ PERSONNEL ENSEIGNANT

## Section CNU 56 : Développement, Croissance et Prévention

### 56.01 ODONTOLOGIE PEDIATRIQUE et ORTHOPEDIE DENTO-FACIALE (Mme Isabelle BAILLEUL-FORESTIER)

#### ODONTOLOGIE PEDIATRIQUE

Professeurs d'Université : Mme Isabelle BAILLEUL-FORESTIER, M. Frédéric VAYSSE  
Maîtres de Conférences : Mme Emmanuelle NOIRRIT-ESCLASSAN, Mme Marie- Cécile VALERA, M. Mathieu MARTY  
Assistants : Mme Marion GUY-VERGER, Mme Alice BROUTIN (associée)  
Adjoints d'Enseignement : M. Sébastien DOMINE, M. Robin BENETAH, M. Mathieu TESTE,

#### ORTHOPEDIE DENTO-FACIALE

Maîtres de Conférences : M. Pascal BARON, Mme Christiane LODTER, M. Maxime ROTENBERG  
Assistants : Mme Isabelle ARAGON, Mme Anaïs DIVOL,

### 56.02 PRÉVENTION, ÉPIDÉMIOLOGIE, ÉCONOMIE DE LA SANTÉ, ODONTOLOGIE LÉGALE (Mme NABET Catherine)

Professeurs d'Université : M. Michel SIXOU, Mme Catherine NABET, M. Olivier HAMEL, M. Jean-Noël VERGNES  
Assistante : Mme Géromine FOURNIER  
Adjoints d'Enseignement : M. Alain DURAND, Mlle. Sacha BARON, M. Romain LAGARD, M. Fabien BERLIOZ  
M. Jean-Philippe GATIGNOL, Mme Carole KANJ

## Section CNU 57 : Chirurgie Orale, Parodontologie, Biologie Orale

### 57.01 CHIRURGIE ORALE, PARODONTOLOGIE, BIOLOGIE ORALE (M. Philippe KEMOUN)

#### PARODONTOLOGIE

Maîtres de Conférences : Mme Sara DALICIEUX-LAURENCIN, Mme Alexia VINEL  
Assistants : Mme Charlotte THOMAS, M. Joffrey DURAN  
Adjoints d'Enseignement : M. Loïc CALVO, M. Christophe LAFFORGUE, M. Antoine SANCIER, M. Ronan BARRE ,  
Mme Myriam KADDECH, M. Matthieu RIMBERT,

## CHIRURGIE ORALE

Professeur d'Université : Mme Sarah COUSTY  
Maîtres de Conférences : M. Philippe CAMPAN, M. Bruno COURTOIS  
Assistants : Mme Léonore COSTA-MENDES, M. Clément CAMBRONNE  
Adjoints d'Enseignement : M. Gabriel FAUXPOINT, M. Arnaud L'HOMME, Mme Marie-Pierre LABADIE, M. Luc RAYNALDY,  
M. Jérôme SALEFRANQUE,

## BIOLOGIE ORALE

Professeur d'Université : M. Philippe KEMOUN  
Maîtres de Conférences : M. Pierre-Pascal POULET, M Vincent BLASCO-BAQUE  
Assistants : Mme Inessa TIMOFEEVA, M. Matthieu MINTY, Mme Chiara CECCHIN-ALBERTONI, M. Maxime LUIS  
Adjoints d'Enseignement : M. Mathieu FRANC, M. Hugo BARRAGUE, M. Olivier DENY

## **Section CNU 58 : Réhabilitation Orale**

### 58.01 DENTISTERIE RESTAURATRICE, ENDODONTIE, PROTHESES, FONCTIONS-DYSFONCTIONS, IMAGERIE, BIOMATERIAUX (M. Franck DIEMER)

#### DENTISTERIE RESTAURATRICE, ENDODONTIE

Professeur d'Université : M. Franck DIEMER  
Maîtres de Conférences : M. Philippe GUIGNES, Mme Marie GURGEL-GEORGELIN, Mme Delphine MARET-COMTESSE  
Assistants : M. Jérôme FISSE, M. Sylvain GAILLAC, Mme Sophie BARRERE, Mme. Manon SAUCOURT  
M. Ludovic PELLETIER, M. Nicolas ALAUX  
Adjoints d'Enseignement : M. Eric BALGUERIE, M. Jean- Philippe MALLET, M. Rami HAMDAN, M. Romain DUCASSE

#### PROTHÈSES

Professeurs d'Université : M. Philippe POMAR  
Maîtres de Conférences : M. Jean CHAMPION, M. Rémi ESCLASSAN, M. Florent DESTRUHAUT, M. Antoine GALIBOURG,  
M. Antonin HENNEQUIN, M. Bertrand CHAMPION, Mme Margaux BROUTIN, Mme Coralie BATAILLE  
Assistants : M. Christophe GHRENASSIA, Mme Marie-Hélène LACOSTE-FERRE, M. Olivier LE GAC, M. Jean-  
Claude COMBADAZOU, M. Bertrand ARCAUTE, M. Fabien LEMAGNER,  
Adjoints d'Enseignement : M. Eric SOLYOM, M. Michel KNAFO, M. Alexandre HEGO DEVEZA, M. Victor EMONET-DENAND  
M. Thierry DENIS, M. Thibault YAGUE

#### FONCTIONS-DYSFONCTIONS , IMAGERIE, BIOMATERIAUX

Maîtres de Conférences : Mme Sabine JONIOT, M. Karim NASR, M. Paul MONSARRAT, M. Thibault CANCEILL  
Assistants : M. Julien DELRIEU, M. Paul PAGES, Mme Julie FRANKEL  
Adjoints d'Enseignement : Mme Sylvie MAGNE, M. Thierry VERGÉ, Mme Josiane BOUSQUET, M. Damien OSTROWSKI

-----

*Mise à jour pour le 01 novembre 2021*

## Remerciements

A mes parents, **Maman, Papa**, sans vous, rien n'aurait été possible, vous m'avez accompagnée depuis toujours dans tout mon parcours scolaire, et personnel. Votre confiance aveugle, en moi et mes capacités, me permet d'être ici aujourd'hui. Vous pouvez être soulagés, ça y est, votre rôle de parents a été merveilleusement accompli. Je vous aime, merci pour tout.

A mon grand frère **Thomas**, mon meilleur ami, merci pour ton soutien infaillible en toutes circonstances. De mes premiers pas jusqu'à mes prémices en tant que Femme, tu as toujours su veiller sur moi. Je suis tellement épanouie de partager avec toi tout ce qu'une relation fraternelle peut apporter.

A mes **Grands Parents** qui seraient, j'en suis sûre, très fiers de leur petite fille.

A **Alexandre**, tu as été d'une aide précieuse dans la réalisation de ce travail, tu as su me motiver, m'aiguiller et m'encourager quand ce n'était pas facile. Merci pour ton amour au quotidien, tu me rends heureuse depuis le premier jour. Je t'aime.

A **Clarisse**, ma binôme, ensemble depuis nos premiers résultats de PACES, nous ne nous sommes plus quittées depuis. Je ne pourrais imaginer ces années d'études et de vie sans toi. Tu as été là dans les meilleurs comme les plus difficiles moments et ce n'est que le début. Bien plus qu'une amie, tu es la sœur que je n'ai pas.

A mes amis, enfin plutôt ma deuxième famille, **Camille, Louis, Rémy, Dada, Romain**. Merci de faire rayonner ma vie au quotidien, ce que nous avons est précieux, je sais que ça ne changera pas. Je vous aime.

A tous mes **amis**, de Dentaire et d'Albi. Entre les études, les soirées, les voyages et le ski, nous avons tant partagé. J'ai pu compter sur vous à chaque moment, **Roméo, Micha, Franck, Margaux, Lola, Elo, Lionel, Léo, Théo, Paul M, Jouze, Pauline, Marion, Ashley, Noémie, Gautier, Bastien, Clémence**. Ensemble, nous avons fait de ces années d'études une réussite et un moment inoubliable. Merci.

A mes camarades de la promotion **Carie'smatique** !

Au Docteur **Claire MICHEL** et **Laetitia**, pour leur accueil au sein de leur cabinet pour ma première collaboration, dont je me souviendrai toute ma vie. Merci pour votre confiance et votre aide inestimable au fil des jours. Aux Docteurs **Sarah NABILI** et **Anthony TOLON**, à **Valérie** et **Nouraine** pour leur accueil et leur aide. Au Docteur **Philippe MAZIERES** pour son accueil au sein de son cabinet lors de mon stage actif.

A tous les **professeurs, praticiens** et **assistants** de la faculté et du CHU de Toulouse, avec qui j'ai pu évoluer au sein de mon cursus scolaire, qui m'ont beaucoup appris tant sur le plan professionnel que personnel.

A tous ceux que j'oublie mais qui, je le sais, me pardonneront.

**A notre président de jury,**

Monsieur le Professeur **VAYSSE Frédéric**

- Professeur des Universités, Praticien Hospitalier d'Odontologie,
- Lauréat de l'Université Paul Sabatier,

*Nous vous remercions pour l'honneur que vous nous faites de présider ce jury de thèse.  
Merci pour votre bienveillance et votre pédagogie lors de la transmission de vos  
connaissances. Veuillez trouver dans ce travail le témoignage de notre reconnaissance et  
de notre profond respect.*

**A notre jury,**

Monsieur le Docteur **BLASCO-BAQUE Vincent**

- Maître de Conférence Universitaire et Praticien Hospitalier d'Odontologie
- Docteur en Chirurgie Dentaire,
- Docteur de l'Université Paul Sabatier,
- Diplôme Inter-Universitaire d'Endodontie de la Faculté de Chirurgie Dentaire de Toulouse
- Diplôme Universitaire de Pédagogie en Santé de l'université Paul Sabatier
- Responsable Diplôme Universitaire de Médecine Bucco-Dentaire du Sport
- Lauréat de l'Université Paul Sabatier
- Habilitation à Diriger des Recherches (H.D.R.).

*Nous vous remercions d'avoir accepté de faire partie de ce jury.*

*Nous vous remercions pour votre pédagogie, votre disponibilité et votre sympathie tout au long de notre cursus.*

*Évoluer à vos côtés pendant nos études, tant sur le plan clinique qu'universitaire, fut très gratifiant notamment grâce à votre sens de l'humour.*

*Veillez trouver dans ce travail l'expression de ma reconnaissance et de toute mon estime.*

**A notre directrice de thèse,**

Madame le Docteur **VALERA Marie-Cécile**

- Maître de Conférences des Universités, Praticien Hospitalier d'Odontologie,
- Docteur en Chirurgie Dentaire,
- Docteur de l'université Paul Sabatier – Spécialité : Physiopathologie cellulaire, moléculaire et intégrée,
- Master 2 recherche, mention Physiologie cellulaire intégrée
- Lauréate de l'Université Paul Sabatier.
- Habilitation à Diriger des Recherches (H.D.R.).

*Nous vous remercions d'avoir accepté de diriger cette thèse.*

*Nous vous remercions pour votre disponibilité et votre entière implication à la réalisation  
de ce travail.*

*Nous vous remercions pour votre soutien, votre enseignement et votre accompagnement  
lors de nos études. Tant sur le plan universitaire que clinique, travailler avec vous dans la  
prise en charge des patients et l'organisation des gardes pédiatriques fut un réel plaisir.*

**A notre co-directeur de thèse,**

Monsieur le Docteur **MARTY Mathieu**

- Maître de Conférences des Universités, Praticien Hospitalier d'Odontologie,
- Docteur en Chirurgie Dentaire,
- CES de Chirurgie Dentaire Odontologie Pédiatrique et Prévention,
- CES de Physiopathologie et diagnostic des dysmorphies cranio-faciales
- Master 2 Sciences de l'éducation Université Paul VALERY Montpellier 3
- Doctorat en Sciences de l'éducation Université Paul VALERY Montpellier 3

*Nous sommes sensibles à l'honneur que vous nous avez fait de codiriger cette thèse.  
Nous vous remercions pour votre implication à ce travail, votre accompagnement et votre  
soutien tout au long de sa réalisation.  
Apprendre et travailler à vos côtés pendant notre cursus fut un réel plaisir, tant par la  
qualité de votre enseignement clinique et universitaire que par votre humour.  
Veuillez trouver dans ce travail le signe de notre grand respect et de notre gratitude.*



# TABLE DES MATIERES

<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>12</b>
<b>I. LA CONTENTION PHYSIQUE.....</b>	<b>13</b>
A. DEFINITION.....	13
B. LOI ET DIMENSION ETHIQUE .....	13
C. LES DIFFERENTES FORMES DE CONTENTION .....	14
<i>i. Contention relationnelle ou psychologique.....</i>	<i>14</i>
<i>ii. Contention chimique.....</i>	<i>17</i>
a. La prémédication sédatrice .....	17
b. La sédation consciente par inhalation de protoxyde d'azote MEOPA ..	17
c. Midazolam .....	18
d. L'anesthésie générale.....	19
<i>iii. Contention mécanique.....</i>	<i>20</i>
<i>iv. Contention physique dite passive .....</i>	<i>21</i>
<b>II. LA CONTENTION PHYSIQUE EN ODONTOLOGIE PEDIATRIQUE</b>	<b>22</b>
A. RECOMMANDATIONS.....	22
B. INDICATIONS.....	23
C. CONTRE-INDICATIONS .....	23
D. CONSENTEMENT ECLAIRE, AUTORISATION PARENTALE, PRISE DE DECISION.	24
E. LES RISQUES .....	25
F. LA PERCEPTION DE LA CONTENTION PHYSIQUE EN ODONTOLOGIE PEDIATRIQUE	26
<i>i. Par les praticiens qui la réalisent .....</i>	<i>26</i>
<i>ii. Par les étudiants qui y assistent .....</i>	<i>26</i>
<b>III. ETUDE QUALITATIVE DE LA PERCEPTION DE LA CONTENTION</b>	
<b>PHYSIQUE PAR LES PARENTS DES PATIENTS EN ODONTOLOGIE</b>	
<b>PEDIATRIQUE.....</b>	<b>28</b>
A. MATERIEL ET METHODE .....	28

i.	<i>Justification du choix d'une étude qualitative et de la méthodologie</i>	28
ii.	<i>Objectifs</i>	29
iii.	<i>Population étudiée</i>	29
iv.	<i>Présentation de la trame des interviews et justification du choix des questions</i>	30
v.	<i>Recueil des données</i>	31
vi.	<i>Analyse des données</i>	31
vii.	<i>Considérations éthiques</i>	31
B.	<b>RESULTATS</b>	32
i.	<i>Thème 1 : L'expérience très difficile de la contention physique sur le moment</i>	34
ii.	<i>Thème 2 : Le rappel d'expérience des accompagnants</i>	37
iii.	<i>Thème 3 : Le positionnement des accompagnants durant les soins</i>	39
iv.	<i>Thème 4 : La gestion des répercussions</i>	42
v.	<i>Thème 5 : Les raisons de la contention</i>	46
<b>IV.</b>	<b>DISCUSSION</b>	<b>51</b>
	<b>CONCLUSION</b>	<b>55</b>
	<b>TABLE DES ILLUSTRATIONS</b>	<b>56</b>
	<b>ANNEXES</b>	<b>57</b>
	<b>BIBLIOGRAPHIE</b>	<b>60</b>

## INTRODUCTION

L'odontologie pédiatrique nécessite une prise en charge particulière des patients. En effet, les soins réalisés sur les enfants ne sont pas simples à mettre en place. Pour réussir à soigner les patients pédiatriques, il est nécessaire d'aborder le patient avec une approche centrée sur lui et son entourage.

L'entourage de ces enfants est primordial à prendre en compte car c'est en coopération avec les accompagnants que les soins sont facilités. Aussi, toute intervention sur un patient mineur doit être accompagnée d'une autorisation de soins accordée par les parents ou représentants légaux.

Le consentement de l'enfant permet de le soigner sans trop de difficultés avec des stratégies de gestion du comportement. Les soignants font appel à plusieurs techniques de communication comme la distraction, l'utilisation du « TELL SHOW DO » (Expliquer, Montrer et Faire), ainsi que le renforcement positif.

Les praticiens peuvent parfois s'aider de sédation consciente avec l'utilisation de prémédication sédatrice ou de MEOPA. Cependant, si cela reste insuffisant, les professionnels de santé peuvent avoir recours à la contention physique.

La contention physique et l'utilisation de ce terme sont à employer avec précaution. En effet, le but premier de l'odontologie pédiatrique est de soigner les enfants sans provoquer de traumatisme pouvant influencer les futurs soins.

L'indication de contention physique revient au professionnel de santé qui pratiquera l'acte, en accord avec les parents du patient. Pour autant, cet acte ne reste pas sans conséquence pour l'auteur, les personnes y assistant et le patient.

Dans ce travail, nous allons aborder la contention physique, son utilisation en odontologie pédiatrique ainsi qu'en médecine. Puis, nous présenterons l'étude qualitative que nous avons menée concernant la perception de la contention physique par les patients et leurs parents au sein du CHU de Toulouse. Nous comparerons nos résultats à ceux trouvés dans la littérature ainsi que dans les précédentes thèses réalisées autour de la contention physique en odontologie pédiatrique.

# **I. LA CONTENTION PHYSIQUE**

## **A. Définition**

La contention physique, utilisée le plus souvent pour prévenir les chutes et éviter l'agitation, s'est développée de façon importante. De nombreux moyens sont mis en place pour la pratiquer. Plutôt utilisée dans les services de gériatrie ou de psychiatrie, elle est aussi présente en médecine pédiatrique. (1)

Il est incontestable que dans certaines situations, la contention reste une nécessité pour soigner et protéger le patient. (2)

Selon la Haute Autorité de Santé (HAS), la contention physique dite passive est « l'utilisation de toute méthode manuelle, tout dispositif physique ou mécanique qu'un individu ne peut ôter facilement et qui restreint sa liberté de mouvement ainsi que l'accès à son propre corps ».

La contention physique a pour but de prévenir la violence du patient envers lui-même et/ou autrui et de permettre un continuum thérapeutique, si les autres moyens de contrôle ne sont pas assez efficaces. (3)

La contention impliquant un professionnel de santé et un patient n'a de sens uniquement si elle est pensée dans la relation à l'autre (4). La pratique pédiatrique, elle, a la spécificité d'impliquer un tiers : les parents (ou l'entourage).

## **B. Loi et dimension éthique**

Pouvant soulever de nombreuses questions éthiques et déontologiques, la pratique de la contention physique ne figure que très peu dans les diverses formations des professionnels de santé. En effet, c'est une pratique qui porte atteinte à la liberté du patient et dont les résultats sont aléatoires. (2)

La pratique de la contention physique représente un objet de questionnement éthique national depuis plusieurs années, la France étant un des pays les plus utilisateurs d'Europe. (5)

Il ne faut pas décider en première intention d'avoir recours à la contention physique face à un enfant non coopérant. Le chirurgien-dentiste se doit de proposer un traitement adapté en respectant le principe de bienfaisance. Cependant, si le patient s'y oppose, le questionnement éthique va aider le praticien à prendre une décision. Son choix doit être si possible, partagé et validé par l'équipe soignante et les parents. (6)

Il appartient au chirurgien-dentiste de rester prudent et d'évaluer la situation avec attention avant d'indiquer quelconque contention. Tout passage en force pour prodiguer des soins n'est pas sans conséquence pour le patient, son entourage et l'équipe soignante.

L'opinion publique de la contention physique a toujours été globalement négative, cette pratique étant souvent perçue comme archaïque et inhumaine. (7)

### C. Les différentes formes de contention

La définition de la contention est imprécise tant au niveau national qu'international. On peut parler de contention chimique, relationnelle, physique et mécanique. (8)

#### *i. Contention relationnelle ou psychologique*

La contention relationnelle permet de contenir un patient par la parole. (5) En effet la réalisation d'une consultation adaptée aux patients pédiatriques est nécessaire à leur adhésion au soin et à leur consentement.

Par diverses techniques relationnelles, il est possible de contenir suffisamment l'enfant pour le soigner sans avoir recours aux techniques, plus invasives, qui suivent. Ceci permet de suivre la règle du respect du gradient thérapeutique favorisant les stratégies les moins invasives et traumatisantes pour notre patient.

Dans un premier temps, le rôle des parents prend une place prépondérante dans les soins chez les enfants. La préparation en amont du rendez-vous dentaire est importante et cela passe notamment par les termes qu'emploient les parents, car ceux-ci peuvent influencer les réactions des enfants.

Pour cela, les parents peuvent s'aider de livres permettant de préparer les enfants à la consultation chez le chirurgien-dentiste. Cette première consultation n'en reste pas moins anxiogène pour l'enfant. La présence de jouets en salle d'attente et de mobilier adapté à la taille de l'enfant peut ainsi l'aider à se sentir à l'aise dans un milieu familier et rassurant. (Figure 1)



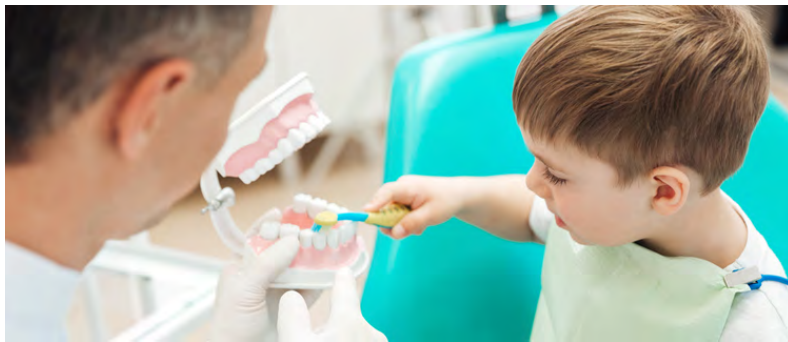
*Figure 1 : Exemple de salle d'attente avec un espace dédié aux enfants (9)*

En fonction des anciennes expériences du parent chez le dentiste, les enfants auront une image plus ou moins négative de leur première consultation. Par conséquent, la présence du parent dans la salle de soins peut être plus ou moins positive pour le patient. Chez l'enfant en bas âge, la présence du parent dans la salle de soins peut rassurer alors qu'une séparation peut être trop brutale. Pour les plus grands, leur présence peut être bénéfique grâce à des encouragements verbaux ou physiques (main rassurante et protectrice). Dans d'autres cas où l'anxiété ou le mécontentement des parents influencent négativement l'attitude de l'enfant, il peut être préférable de demander aux parents de quitter la salle.

L'approche comportementale est fondamentale en odontologie pédiatrique notamment avec la technique du « TELL / SHOW / DO » qui consiste à expliquer à nos patients ce que nous allons faire et leur montrer avant de le réaliser. L'utilisation de modèles dentaires ou de peluches peut faciliter cette technique. (10) (Figures 2 et 3)



*Figure 2 : Exemple de peluche permettant la mise en pratique de la technique du « TELL / SHOW / DO » (11)*



*Figure 3 : Exemple de modèle dentaire (12)*

Le recours à l'hypnose peut aussi être une alternative aux autres formes de contention. Cette technique est intéressante dans les cas où les enfants sont réceptifs à cette pratique notamment grâce à leur imagination et leur spontanéité (13). Cependant la réussite de l'hypnose, c'est-à-dire la réceptivité à l'hypnose, est variable, notamment selon l'âge et c'est entre 7 et 14 ans qu'elle est maximale, avant de décroître avec l'adolescence.

L'hypnose permettrait de diminuer l'anxiété et la douleur lors des soins, en particulier lors de l'anesthésie (14).

L'imagination exacerbée des patients pédiatriques due à leur jeune âge permet de pouvoir instaurer avec eux des jeux pour les distraire et contourner leur attention, surtout lors de soins particulièrement désagréables. La technique du dessin peut, par exemple, être utilisée pour la réalisation de l'anesthésie en les laissant imaginer le dessin ou simplement en leur décrivant. Il est facile pour le praticien, lors de l'injection de l'anesthésie, de présenter le produit comme de l'encre, la seringue (ou « QuickSleeper® ») comme un stylo et de décrire un dessin qu'il pourrait réaliser autour de la dent pour l'endormir.

## *ii. Contention chimique*

La contention chimique consiste à administrer des sédatifs (neuroleptiques ou tranquillisants). Dans cette partie, nous regrouperons toutes les techniques visant à réduire l'anxiété, calmer le patient voire le sédater et permettant de le contenir par voie médicamenteuse, donc de manière chimique. (1) (8)

### a. La prémédication sédatrice

La prémédication sédatrice est indiquée dans les cas d'anxiété mineure, en cas d'échec des techniques de MEOPA ou en complément et en prémédication de l'anesthésie générale.

La posologie usuelle est de 1 à 2 mg/kg/j administrée la veille au soir et le jour du rdv, 1h30 avant le début des soins. L'hydroxyzine (ATARAX ®) est un antagoniste des récepteurs H1 impliqués dans le traitement de l'allergie. On note comme effets secondaires l'apparition d'une sédation et la réduction de l'anxiété ; c'est la caractéristique que nous utilisons en chirurgie dentaire. (15)

### b. La sédation consciente par inhalation de protoxyde d'azote MEOPA

Le Mélange Équimolaire Oxygène-Protoxyde d'Azote (MEOPA) est connu depuis la fin du XVIIIème siècle. C'est un gaz anesthésiant faisant partie des outils du chirurgien-dentiste en pédodontie. Avec son action rapide et sa durée d'action brève (réversible en 5min) après l'arrêt de l'inhalation, il est très fréquemment utilisé en odontologie pédiatrique ayant, qui plus est, très peu d'effets indésirables et de contre-indications.

Son efficacité est améliorée quand son induction est réalisée dans un milieu calme et rassurant pour le patient.



L'induction de MEOPA, tout en conservant un état de conscience de l'enfant, permet dans la majorité des cas une meilleure coopération du patient lors des soins dentaires car il permet de réduire l'anxiété (dans certains cas de la supprimer). La perception de la douleur est souvent réduite et la notion du temps est parfois altérée ainsi que la mémoire, ce qui permet de prolonger les séances de soins et on remarque une amnésie partielle de l'acte réalisé. (16)

Le MEOPA est donc très utilisé en odontologie pédiatrique, notamment pour des actes de courte durée et peu nombreux, (30 min maximum / 3 à 5 dents à soigner), pour les enfants phobiques opposants ou handicapés ainsi que pour la réalisation d'actes simples de chirurgie dentaire courante. (17)

### c. Midazolam

L'utilisation du Midazolam (Hypnovel ®) est exclusivement hospitalière en France à cause de son risque de dépression respiratoire, la présence d'un médecin anesthésiste-réanimateur est donc obligatoire. Sa posologie est de 0,3 à 0,5 mg/kg avec une administration per os, intra-veineuse ou rectale. (18)

Cette molécule présente plusieurs propriétés très intéressantes pour la pratique de l'odontologie pédiatrique (18) :

- Sédatives,
- Hypnotique anxiolytique,
- Anticonvulsivante (à faible dose),
- Myorelaxante,
- Amnésiante.

Nous l'utilisons donc en odontologie pour les patients pédiatriques peu ou pas coopérants, avec retard mental, intellectuel, psychomoteur ou non, pour les patients de moins de 4 ans à cause de leur immaturité, enfin pour les enfants phobiques et surtout en cas d'échec des méthodes précédentes.

#### d. L'anesthésie générale

L'anesthésie générale (AG) est utilisée en dernier recours uniquement. Les interventions sous AG à but odontologique sont réservées aux enfants ASA I, II et III. (19) (Figure 4)

##### **Scores :**

##### **ASA Physical Status Classification System**

- 1 : Patient normal
- 2 : Patient avec anomalie systémique modérée
- 3 : Patient avec anomalie systémique sévère
- 4 : Patient avec anomalie systémique sévère représentant une menace vitale constante
- 5 : Patient moribond dont la survie est improbable sans l'intervention
- 6 : Patient déclaré en état de mort cérébrale dont on prélève les organes pour greffe

*Figure 4 : Classification des patients selon leur score ASA (20)*

L'anesthésie générale, lorsqu'elle est indiquée, se destine aux enfants avec peu de soins à réaliser mais présentant des troubles graves du comportement ou nécessitant des soins bucco dentaires nombreux ou urgents, par exemple avant des thérapeutiques médico chirurgicales spécifiques (greffe de moelle ou d'organe, chimiothérapie) . Elle peut aussi être indiquée pour les patients pédiatriques ayant un handicap moteur ou cérébral, une pathologie systémique importante contre indiquant les soins au fauteuil. On peut aussi ajouter les enfants jeunes devant subir des interventions longues et répétitives, ceux ayant des réflexes nauséux prononcés ou une forte limitation de l'ouverture buccale, un état infectieux locorégional généreux et les enfants anxieux ou phobiques des soins dentaires après échecs multiples.

L'indication de l'anesthésie générale ne doit pas devenir une solution de facilité car ce n'est pas un acte anodin et il présente des risques non négligeables. Les parents, les représentants légaux et l'enfant doivent être clairement informés de ces risques avec une explication détaillée de la procédure ainsi que la remise et la signature de documents explicatifs sur l'intervention. (21)

### *iii. Contention mécanique*

La contention dite mécanique renvoie à des mesures spécifiques mises en place pour maintenir la personne, tels que des ceintures fixées au lit du patient ou des liens maintenant le patient (1) (8). Le « Papoose Board », dispositif constitué de plusieurs rabats en tissus associés à des fermetures, utilisé en odontologie pédiatrique aux Etats-Unis et non retrouvé en France permet d'immobiliser le patient et de sélectionner les parties contenues si nécessaire (Figures 5 et 6). On peut aussi retrouver dans notre pratique des cales destinées à maintenir la bouche du patient ouverte. A la base utilisées pour soulager le patient, elles peuvent être détournées en dispositifs de contention mécanique. (22) (Figure 7)



*Figure 5 : Enveloppement d'un enfant grâce à un « Papoose Board » (23)*      *Figure 6 : « Papoose Board » (24)*



*Figure 7 : Cale pour ouverture buccale (25)*

#### *iv. Contention physique dite passive*

La contention physique dite passive, correspond au maintien du patient en usant de techniques thérapeutiques. La distinction entre cette forme de contention et la précédente n'est pas toujours bien établie dans la littérature. (1)

En effet, concernant la contention physique, il faut noter que l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en Santé distingue la contention physique dite active et la contention physique dite passive. La première technique est rééducative et n'entre donc pas dans le contexte que nous étudions. La contention physique dite passive est quant à elle à visée sécuritaire (26). Elle fait appel à deux types d'immobilisation qu'il faut aussi différencier : l'immobilisation dite active impliquant une tierce personne et l'immobilisation passive à l'aide d'un dispositif de contention. (27)

La contention physique est mise en place en tenant fermement un enfant, cela se produit donc en cas de crise violente lors des soins. Lors de ce type d'acte, il est possible d'ajouter d'autres moyens thérapeutiques, comme l'enveloppement ou le packing. (8) La notion de contention mécanique et de contention physique dite passive, sont donc relativement proches dans leur définition ainsi que dans leur utilisation ; les deux étant souvent associées. La technique de la « main sur la bouche » étaye ce propos, le praticien place sa main sur la bouche du patient et explique à l'enfant qu'il ne la retirera qu'une fois le patient calmé, pratique qui recoupe plusieurs catégories de la contention en général.

## **II. LA CONTENTION PHYSIQUE EN ODONTOLOGIE PEDIATRIQUE**

La contention physique a plusieurs objectifs centrés sur le patient. Elle permet de le protéger, ainsi que le personnel soignant et son entourage, d'éventuelles blessures en tentant de réduire ou d'éliminer tout mouvement indésirable. Elle est donc destinée à sécuriser le patient afin de réaliser un examen bucco-dentaire ou des soins de qualité. (27) (8)

### **A. Recommandations**

Plusieurs recommandations ont été émises au fil des années concernant la pratique de la contention physique en odontologie pédiatrique. La prise de décision à propos de cette pratique doit être consciencieusement réfléchie.

La British Society for Disability and Oral Health donne des recommandations en se basant sur la publication de Shuman et Bebeau de 1994 « Ethical and legal considerations in special patient care ». La contention doit être (28) :

- Utilisée de façon la moins restrictive possible et bénéfique pour l'enfant,
- Ne doit pas être utilisée comme une punition ou par commodité et doit être peu susceptible de causer des traumatismes physiques ou psychologiques,
- Un moyen d'éviter d'autres formes de contention, plus sévères (anesthésie générale),
- Documentée et inclure le consentement éclairé, le type et les raisons d'utilisation.

Certaines mises en garde ont été ajoutées par l'American Academy of Pediatric Dentistry (AAPD) concernant l'usage de la contention physique. En effet (27) :

- Elle ne doit pas provoquer de douleurs chez le patient, il faut donc surveiller les problèmes particuliers qu'elle peut engendrer (respiratoires, neuromusculaires, squelettiques),
- La position doit être confortable,
- Si une contention totale du corps est nécessaire, celle-ci est faite de manière séquentielle, la tête sera bloquée en dernier,
- Une formation est nécessaire pour éviter les dommages physiques et psychologiques, tant pour le patient que pour l'équipe soignante.

## B. Indications

Les indications de la contention physique en odontologie pédiatrique ont été décrites. Par conséquent elle est indiquée lorsque (29) :

- Un enfant nécessite un diagnostic immédiat ou un traitement urgent et ne peut pas coopérer, soit par manque de maturité soit en raison de son état médical, physique ou cognitif,
- Des soins urgents sont nécessaires et des mouvements incontrôlés mettent en danger la sécurité de l'enfant, du personnel soignant et des accompagnants,
- Le patient est devenu non coopérant et que le soin doit être terminé,
- La sédation ou l'anesthésie générale ne sont pas envisageables,
- Nous sommes face à un enfant sédaté pour lequel il faut réduire les mouvements indésirables ou un enfant à besoins spécifiques présentant des mouvements incontrôlés pouvant interférer avec la qualité des soins.

## C. Contre-indications

La contention physique ne doit pas être pratiquée (29) :

- Pour réaliser un soin chez un enfant coopérant ou ayant des antécédents de traumatisme physique ou psychologique dû à la contention,
- Pour effectuer des soins non urgents,
- Pour soigner des enfants présentant des problèmes médicaux, physiques ou psychologiques ne permettant pas de les immobiliser en toute sécurité,
- Par confort pour le praticien s'il y a plusieurs soins à réaliser mais qu'il n'y a aucune urgence,
- Par commodité pour le praticien.

## D. Consentement éclairé, autorisation parentale, prise de décision

Lors de toute consultation en odontologie pédiatrique, et spécialement lorsqu'une forme de contention est réalisée, il est nécessaire de maintenir à jour le dossier médical de l'enfant en y figurant (29) :

- L'indication de la contention,
- Le type de contention réalisé et sa durée,
- L'évaluation du comportement de l'enfant avant, pendant et après la contention,
- Les éventuelles conséquences physiques et psychologiques,
- Le consentement éclairé du patient, si possible, et celui des parents.

Les chirurgiens-dentistes font face à l'obligation légale de consentement des titulaires de l'autorité parentale et de l'enfant. Selon le Code civil et le Code de la santé publique, le consentement aux soins requis par l'état de santé du mineur est donné par le titulaire de l'autorité parentale. (6)

« Pour les actes usuels, chacun des parents est réputé agir avec l'accord de l'autre à l'égard du tiers de bonne foi : le médecin peut se contenter du consentement d'un seul des deux parents, à moins qu'il n'ait connaissance de l'opposition de l'autre parent sur l'acte en cause. Les actes non usuels nécessitent l'autorisation des deux titulaires de l'autorité parentale, même en cas de séparation » (Code civil, art. 372-2) (30)

« Un médecin appelé à donner des soins à un mineur doit s'efforcer de prévenir ses parents ou son représentant légal et d'obtenir leur consentement » (Code de la santé publique, art. R. 4127-42) (31)

L'adhésion de l'enfant au traitement doit toujours être recherchée avant d'en arriver à la contention physique pour prodiguer les soins. Le consentement du patient traduit le respect du principe d'autonomie. Il est donc nécessaire de transmettre une information claire, loyale et précise, ainsi que de vérifier que le patient ait bien compris cette information pour valider sa capacité juridique en fonction du contexte clinique. (6)

La loi Kouchner du 4 mars 2002 soutient d'ailleurs ce propos :

- Article L1111-2 : Les mineurs ont le droit de recevoir eux-mêmes une information et de participer à la prise de décision les concernant, d'une manière adaptée à leur degré de maturité. (32)
- Article L1111-4 : Le consentement du mineur doit être systématiquement recherché s'il est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision. Dans le cas où le refus d'un traitement par la personne titulaire de l'autorité parentale risque d'entraîner des conséquences graves pour la santé du mineur, le médecin délivre les soins indispensables. (33)

### E. Les risques

Comme tout acte médical la contention physique présente des risques nombreux et non négligeables. Le risque majeur est le traumatisme psychologique et physique pouvant en résulter. Il est donc primordial d'observer le langage corporel de l'enfant pour évaluer sa souffrance et auquel cas stopper la contention. Ainsi, il est obligatoire d'assurer une surveillance pendant toute la durée de la contention. En effet, on peut associer à ce traumatisme psychologique une perte de dignité et la violation des droits du patient. Le traumatisme psychologique peut aboutir à une peur panique des soins dentaires à posteriori ou encore à des effets néfastes sur le cerveau, entraînant un neuro-développement altéré. (29)

Peu d'études décrivent l'impact psychologique à long terme pouvant résulter de la contention physique. Cependant, Barton Hatcher and al. Ne rapportent aucune différence en termes d'anxiété des patients adultes ayant été traité dans leur enfance avec de la contention ou la technique de la « main sur la bouche ». (34)

Lors de la contention mécanique, les dispositifs placés autour de la poitrine peuvent restreindre la respiration. Par conséquent, leur utilisation doit être contrôlée en particulier chez les patients souffrant de troubles respiratoires.

Il faut donc être vigilant à toute forme de blessure physique pouvant être liée à cette pratique.



## F. La perception de la contention physique en odontologie pédiatrique

La perception de la contention physique par les différents protagonistes est un sujet récent de préoccupation. « La contention de l'enfant lors des soins est restée durant de nombreuses années un *non-événement*, une pratique dont personne ne parle, qui ne soulève aucun questionnement » (35)

Ce travail de thèse vient s'inscrire dans la suite des recherches effectuées par les Dr MARQUET Aurélie et CARBILLET Morgane au sein du service d'odontologie pédiatrique du CHU de Toulouse. Elles ont respectivement étudié la perception de la contention physique par les praticiens la pratiquant et par les étudiants y assistant.

### *i. Par les praticiens qui la réalisent*

Les praticiens sont conscients des traumatismes psychologiques et physiques que la pratique de la contention peut engendrer chez les enfants. Cependant, l'étude réalisée par le Dr Marquet met en lumière les conséquences de l'utilisation de la contention physique sur les soignants. En effet, tous les praticiens interrogés admettent être impactés par cette pratique, certains refusant même d'y avoir recours. Même si une prise en charge sans contention semble être préférable, cela paraît difficile à réaliser dans certains cas. Les praticiens s'interrogent donc sur leur formation face à cette pratique et sur son encadrement législatif car le chirurgien-dentiste se retrouve seul entre ses convictions personnelles et son devoir de soignant pouvant l'amener à cette pratique. (22)

### *ii. Par les étudiants qui y assistent*

Après plusieurs années de formation, théorique et pratique, les étudiants font face à plusieurs cas d'odontologie pédiatrique, surtout en clinique où ils sont confrontés aux cas les plus difficiles. Leurs retours d'expérience après leurs premiers remplacements sont plutôt positifs avec les enfants, souvent grâce à leur habitude de la gestion des cas difficiles au

centre de soin. A ce propos, face aux cas difficiles, où la contention physique a pu être pratiquée lors de leurs études cliniques, les étudiants ressentent un sentiment de malaise et se préoccupent des traumatismes physiques et psychologiques pouvant y être liée. Ces préoccupations les mènent à se questionner sur les méthodes de formation à ce sujet. (15)

### **III. ETUDE QUALITATIVE DE LA PERCEPTION DE LA CONTENTION PHYSIQUE PAR LES PARENTS DES PATIENTS EN ODONTOLOGIE PEDIATRIQUE**

#### **A. Matériel et méthode**

##### *i. Justification du choix d'une étude qualitative et de la méthodologie*

La recherche qualitative peut parfois être définie en référence ou en opposition à la recherche quantitative. En réalité, les deux ne sont pas en concurrence car elles n'explorent pas les mêmes problématiques. (36)

L'approche quantitative vérifie une hypothèse à travers un décompte qui sera forcément réducteur alors que l'approche qualitative recherche une hypothèse et aboutira à une classification qui peut par la suite être explorée par l'approche quantitative. Le chercheur va à l'hypothèse par une démarche inductive, interprétative. (37) (Figure 8)

<b>Recherche quantitative</b>	<b>Recherche qualitative</b>
Questions plutôt biomédicales	Plutôt adaptée à l'étude de phénomènes sociaux
Mesure, quantifie des variables	Explore l'existence et la signification de ces phénomènes
Relations causales entre des variables mesurables	Compréhension du contexte Étude des sujets dans leur environnement
Teste des hypothèses	Crée des hypothèses
Déductive	Inductive

*Figure 8 : Différences entre recherche quantitative et recherche qualitative d'après Pau Van Royen et al. (38)*

La recherche qualitative, issue des sciences humaines, et ses méthodes d'analyse ont permis aux chercheurs d'appréhender les comportements des acteurs du systèmes de santé. Le but de la recherche qualitative est donc d'aider à comprendre les phénomènes sociaux dans leur milieu naturel. (37)

La problématique de ce travail est d'explorer la perception et le ressenti de l'entourage des patients pédiatriques sur la contention physique. Nous avons choisi de suivre une méthodologie phénoménologique car le but de cette étude est de rentrer dans le monde subjectif de la personne.

La phénoménologie est un courant philosophique dont l'origine repose sur le paradigme naturaliste selon lequel la réalité est basée sur des réalités subjectives et individuelles. Ce courant se base sur l'écoute du récit de l'autre qui dévoile son vécu face à une situation particulière. Ainsi la recherche phénoménologique est par définition subjective, inductive et dynamique. (39)

Nous avons utilisé une méthodologie hypothético-déductive ; c'est une méthode scientifique consistant à formuler une hypothèse afin d'en déduire des conséquences futures observables. Cette méthode nous a permis de guider les entretiens et d'ouvrir la discussion vers de nouvelles hypothèses.

Nous avons donc décidé de réaliser des entretiens, suite à la pratique de contention physique, avec les parents des patients pédiatriques reçus au centre de soins dentaire du CHU de Toulouse.

## *ii. Objectifs*

Dans cette étude, l'objectif est d'analyser de manière qualitative la perception de la contention physique lors des soins dentaires par les accompagnants des patients pédiatriques.

## *iii. Population étudiée*

Nous avons intégré dans cette étude huit parents de patients sur lesquels une contention physique a été pratiquée dans le cadre de soins d'odontologie pédiatrique, au sein du CHU de Toulouse.

Tous ces patients ont été reçus au C.H.U. de Toulouse, certains pris en charge au centre de soins de Rangueil pour des soins sous MEOPA, d'autres ont été soignés par des étudiants de 6<sup>ème</sup> et 5<sup>ème</sup> année sans induction de MEOPA.

Pour tous les cas étudiés, la contention physique a été indiquée par les praticiens hospitaliers en charge des étudiants et pratiquée par ces derniers avec l'aide des parents des patients, des étudiants de 6<sup>ème</sup> et 5<sup>ème</sup> année et des étudiants de diplôme universitaire en odontologie pédiatrique.

Six femmes et deux hommes ont répondu à nos questions.

#### *iv. Présentation de la trame des interviews et justification du choix des questions*

Les parents des patients ont été reçus à la fin de la consultation lors d'un entretien, après leur consentement et explications de l'objectif de ce travail.

Ces discussions suivent une trame de questions ouvertes et guidées, permettant d'orienter l'entretien afin de recueillir les informations nécessaires. Cette trame a été modifiée en tenant compte des premiers entretiens selon une méthodologie hypothético-déductive. (annexe 1)

Ces questions découlent d'une analyse de la littérature, d'une discussion entre les investigateurs (MM ; MK) et des études menées lors des thèses précédentes sur la contention physique, concernant le ressenti des praticiens et des étudiants. Ces thèses ont été rédigées par Aurélie MARQUET et Morgane CARBILLET et codirigées par les docteurs Marie-Cécile VALERA et Mathieu MARTY.

Le but est de recueillir les impressions des parents des patients pédiatriques ayant reçu quelconque contention physique lors du soin.

Plusieurs thématiques ont été abordées :

- La définition de la contention physique selon l'entourage des patients,
- Le ressenti des parents face à cet acte et l'état de leur enfant,
- La place des alternatives thérapeutiques,
- La question éthique de la contention physique en santé,
- La formation du personnel soignant et des étudiants.

## *v. Recueil des données*

Suite à la consultation dentaire, l'entourage des patients pédiatrique est reçu dans une pièce à part pour participer à un entretien semi-dirigé suivant une trame de questions. (annexe 1)

Les entretiens sont enregistrés vocalement après consentement des participants.

Ces entretiens ont été réalisés sans nombre minimal fixé à priori. Le recueil des données s'est effectué sur les mois de février, mars et avril 2021. Huit entretiens ont été nécessaires pour arriver à la saturation thématique. Les conversations ont été conduites en langue française avec une durée moyenne de 10 minutes.

## *vi. Analyse des données*

Les entretiens ont été enregistrés et retranscrits sur un logiciel de traitement de texte (Word, Microsoft, USA). Ensuite, les réponses ont été analysées avec le logiciel NVivo (QSR international, Cambridge (MA), USA).

## *vii. Considérations éthiques*

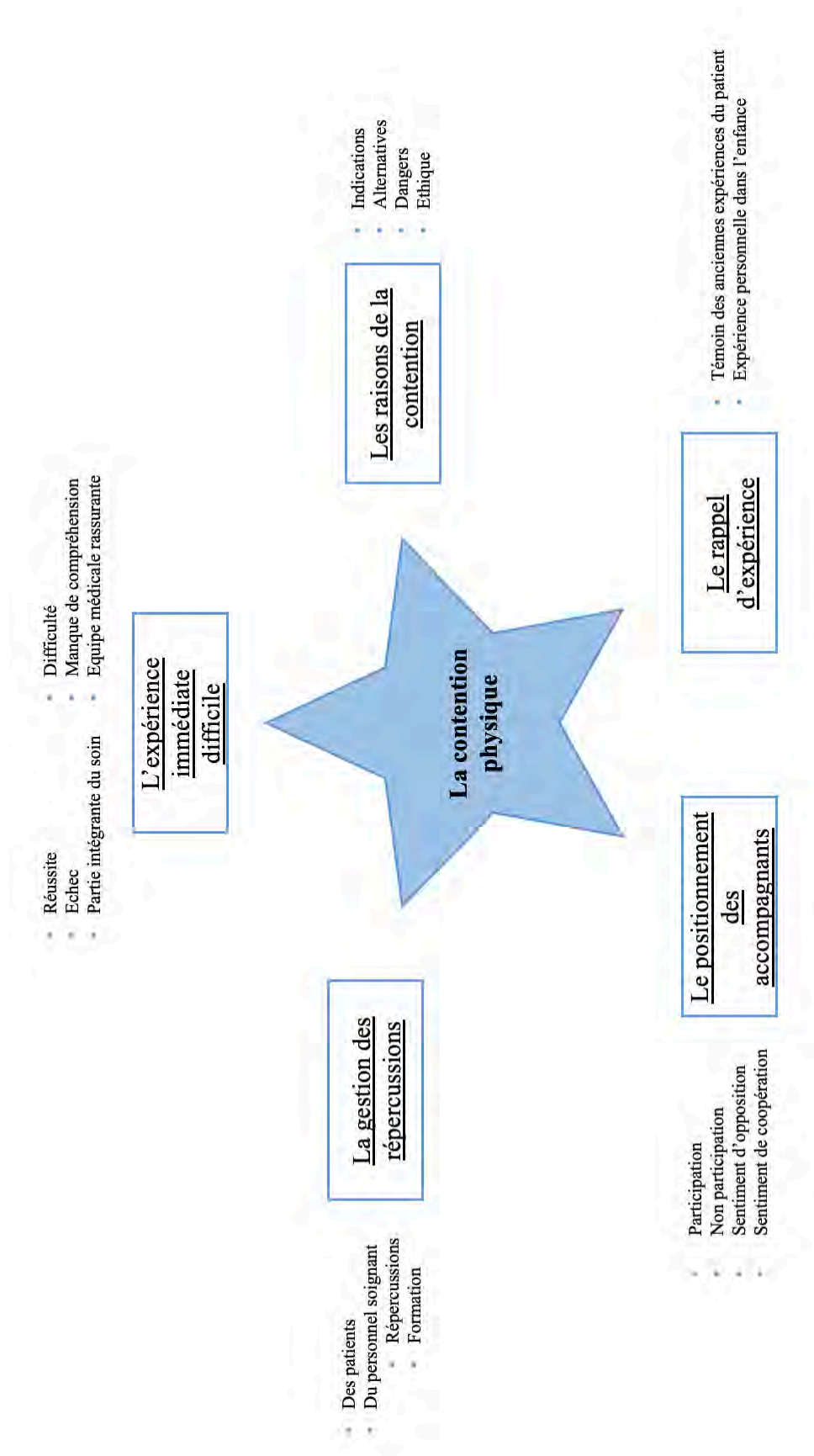
Cette étude étant une analyse des pratiques professionnelles, il n'y a pas eu de passage devant le comité d'éthique du CHU. L'anonymat des participants et des patients a été garanti et assuré lors de la retranscription des entretiens en supprimant tous les éléments susceptibles de les identifier. De plus, la participation était libre et sur la base du volontariat avec la possibilité de refuser pour chacun d'eux.

## B. Résultats

Cette analyse a permis de faire émerger cinq thèmes principaux, représentés dans l'arbre thématique ci-après (Figure 9) :

- L'expérience très difficile de la contention physique sur le moment,
- Le rappel d'expérience des accompagnants,
- Le positionnement des accompagnants durant les soins,
- La gestion des répercussions sur l'enfant par les accompagnants,
- Les raisons de la contention.

Figure 9 : Arbre thématique





*i. Thème 1 : L'expérience très difficile de la contention physique sur le moment*

Sous thèmes	Sous thèmes	Extraits
<b>Partie intégrante du soin</b>		« C'est normal, cela fait partie de votre travail » accompagnant 1
<b>Difficulté</b>	Affreux	« Cela a été très compliqué, même affreux (...) il hurlait (...) ils étaient trois à s'acharner dessus » accompagnant 2 « Ça me blesse de la voir comme ça, c'est un supplice de la voir se débattre et qu'on la force » accompagnant 3
	Mal au cœur	« Cela me déchire le cœur (...) ça me fait mal de le voir comme ça » accompagnant 2 « Ça fait mal au cœur pour (l'enfant) et sa maman » accompagnant 4
	Frustration	« Cela me faisait râler car je savais qu'il n'avait pas mal mais il ne pouvait pas s'empêcher d'avoir peur, je me sentais frustrée » accompagnant 5
<b>Manque de compréhension</b>		« C'est difficile parce que je sens qu'il ne comprend pas ce qu'il se passe » accompagnant 4 « Je sens qu'elle ne comprend pas ce qu'il se passe, j'essaie de lui expliquer c'est vraiment cela qui est le plus dur pour moi » accompagnant 6

<b>Équipe médicale rassurante</b>		« C'est assez pédagogue » accompagnant 2 « Le docteur m'a de suite rassurée » accompagnant 5
<b>Échec ou réussite</b>	Échec	« C'est un échec car je trouve ça dur de devoir tenir son enfant » accompagnant 2 « C'est un échec d'être passé par la force » accompagnant 4
	Réussite	« C'est une réussite car il a pu être soigné » accompagnant 4

Face à l'expérience de la contention physique sur leurs enfants, les avis des parents divergent. En effet, pour la majorité des accompagnants le sentiment de difficulté face à cette pratique est le plus mis en avant suite aux interviews, même si pour quelques-uns d'entre eux, la contention fait partie intégrante des soins dentaires. « *Ce n'est pas la première fois que je la vois comme ça, parce qu'à chaque fois qu'on va chez le dentiste elle ne veut pas (...) c'est normal cela fait partie de votre travail* » accompagnant 1. Ce cas reste tout de même plutôt rare, les accompagnants témoignent pour la plupart d'une expérience très difficile à vivre, ne les laissant pas insensibles : « *C'est toujours difficile pour un parent de voir son enfant dans cet état-là, forcément cela fait quelque chose* » accompagnant 7. « *Cela fait mal au cœur pour une maman de voir son enfant en larmes et ne pas se laisser faire* » accompagnant 8.

Le sentiment de douleur est souvent exprimé même si la contention physique ne les concerne pas directement, comme si les accompagnants percevaient une forme de douleur à voir leur enfant dans cette position. « *Cela fait mal au cœur* » accompagnant 4. « *Cela me déchire le cœur (...) ça me fait mal de le voir comme ça* » accompagnant 2. Certains accompagnants expriment même un sentiment insoutenable « *Ça me blesse de la voir comme ça, c'est un supplice de la voir se débattre et qu'on la force* » accompagnant 3. Pour d'autres c'est plus un sentiment de frustration qui revient, ne sachant pas comment réagir ou calmer

leur enfant, les parents se retrouvent très souvent démunis face au refus de soins de leur enfant. « *Cela me faisait râler car je savais qu'il n'avait pas mal mais il ne pouvait pas s'empêcher d'avoir peur, je me sentais frustrée de ne pas pouvoir le rassurer assez pour qu'il se laisse faire* » accompagnant 5.

Le manque de compréhension de la part des patients inquiète les accompagnants qui se sentent majoritairement impuissants et frustrés face à cette situation. « *Je sens qu'elle ne comprend pas ce qu'il se passe, j'essaie de lui expliquer* » Accompagnant 6. Les soins et les explications du personnel soignant sont perçus comme incompréhensibles et inaudibles par l'enfant de par son état, la contention est donc inévitable d'après les parents. « *On essaie de lui expliquer mais j'avais l'impression qu'elle ne voulait rien entendre* » Accompagnant 8. Cependant, l'expérience et la communication avec l'équipe médicale permettent de rassurer les accompagnants qui adhèrent finalement à cette pratique exercée dans un cadre pédagogique et sain. « *Le docteur m'a de suite rassurée, je savais qu'il n'avait pas mal* ». Accompagnant 5

Avec ces données, nous nous sommes posé la question à savoir si l'utilisation de la contention était plutôt vécue comme un échec ou une réussite par l'entourage du patient. Et dans ce cas aussi, les avis divergent. En effet, certains accompagnants vivent cette expérience comme un échec, puisque le patient a été contraint et les soins ont certes pu être réalisés, mais sous contrainte. « *Je vois cela comme un échec car nous n'avons pas pu la soigner en totalité et nous l'avons forcée* » accompagnant 7 « *C'est un échec car je trouve ça dur de devoir tenir son enfant pour qu'il se laisse faire* » accompagnant 2.

Pour d'autres, cette situation est ressentie comme une réussite car l'objectif est atteint à la fin de la consultation, peu importe la technique employée pour y arriver. « *C'est une réussite car nous avons pu la soigner* » accompagnant 8.

D'autres parents ont un sentiment partagé entre la réussite d'avoir soigné le patient et l'échec d'en être arrivé à l'utilisation de la contention physique et qu'il ait été nécessaire de contraindre l'enfant. « *Pour moi c'est une réussite car il a pu être soigné mais c'est un échec d'être passé par la force* » accompagnant 4 « *C'est à la fois les deux, une réussite car le soin a été fait, un échec car je ne souhaite pas qu'on en arrive à la contraindre et la maintenir au fauteuil pour la soigner, mais c'est pour son bien* » accompagnant 3.

ii. Thème 2 : Le rappel d'expérience des accompagnants

Sous thèmes	Sous thèmes	Extraits
<b>Expérience personnelle dans l'enfance</b>	Transmission des sentiments	« Au début je ne voulais pas venir car j'ai très peur, je ne voulais pas lui transmettre ma peur » accompagnant 3
	Souvenir	« Cela me rappelle de mauvais souvenirs, (...) cela m'a marquée car je ne peux plus retourner chez un dentiste (...) Je me suis revue à sa place (...) Je m'en souviens encore, cela m'a traumatisé. Je me suis revue à sa place » accompagnant 3
<b>Témoin des anciennes expériences du patients</b>	Anciens soins et actes de contention difficiles	« Je ne supportais pas de le voir comme ça (...) Ça ne s'est pas bien passé du tout (...) cela a été pire (...) cela l'a encore plus traumatisé » accompagnant 2  « Nous n'avions jamais réussi à le soigner avant » accompagnant 5  « Ce n'est pas la première fois que je la vois comme ça parce qu'à chaque fois qu'on va chez le dentiste elle ne veut pas » accompagnant 1
	Anciennes expériences fructueuses	« Une fois oui (avoir recours au MEOPA) cela s'était bien passé, nous pensions pouvoir la soigner aujourd'hui, mais c'est visiblement impossible » accompagnant 7

Lors de la discussion avec les accompagnants des patients, le souvenir et le rappel d'expériences personnelles chez le dentiste ont plusieurs fois été abordés. En effet, il s'avère que vivre cette expérience a mis les accompagnants dans une position inconfortable, comme abordé dans la partie précédente, leur remémorant des expériences du passé.

Pour certains, ce sont leurs expériences passées avec les chirurgiens-dentistes et la contention physique qui leur ont été rappelées. « *Cela me rappelle de mauvais souvenirs, enfant on m'a forcée (...) et cela m'a marquée car je ne peux plus retourner chez un dentiste (...) J'ai une phobie des dentistes (...) cela m'a traumatisé. (...) Je me suis revue à sa place* » accompagnant 3. Ne voulant pas transmettre ses sentiments associés à de mauvais souvenirs, une accompagnatrice a préféré rester en salle d'attente jusqu'à ce que la patiente demande sa présence en salle de soins. « *Au début je ne voulais pas venir car j'ai très peur et je ne voulais pas lui transmettre* » accompagnant 3.

Pour d'autres, cela leur a rappelé d'anciennes expériences en tant qu'accompagnant du patient. Ils ont précédemment été témoins soit de soins ayant été réalisés dans de bonnes conditions et sans encombre « *Une fois oui (avoir recours au MEOPA) cela s'était bien passé, nous pensions pouvoir la soigner aujourd'hui, mais c'est visiblement impossible* » accompagnant 7.

Soit d'anciennes situations où la consultation a été difficile et où la contention physique a pu être utilisée. « *Ce n'est pas la première fois que je la vois comme ça parce qu'à chaque fois qu'on va chez le dentiste elle ne veut pas* » accompagnant 1 « *ça ne s'était pas bien passé du tout, il refuse à chaque fois (...) cela a été pire (...) cela l'a encore plus traumatisé (...) je ne supportais pas de le voir comme ça (lors des tentatives précédentes dans un cabinet libéral)* » accompagnant 2 « *Nous n'avions jamais réussi à le soigner avant* » accompagnant 5

iii. *Thème 3 : Le positionnement des accompagnants durant les soins*

Sous thèmes	Sous thèmes	Extraits
<b>L'accompagnant participe à la contention</b>	Volonté du parent	« Oui (j'ai participé) sans demande du personnel soignant » accompagnant 4 « Oui (j'ai participé) en maintenant ma fille » accompagnant 1
	Tentative de rassurer le patient	« J'ai essayé de rassurer mon fils et de lui tenir les jambes pour éviter qu'il ne bouge » accompagnant 5 « Cela m'est arrivé (de la contenir) pour tenter de la rassurer » accompagnant 6 « J'ai essayé de calmer ma fille » accompagnant 8 « Ma fille me réclamait alors je suis venue » accompagnant 3
	Tentative d'expliquer au patient	« J'ai essayé de lui expliquer au maximum pour qu'elle ne s'inquiète pas mais rien n'y faisait » accompagnant 7
<b>L'accompagnant n'a pas participé</b>	Ne sait pas comment faire / ne se sent pas compétant	« Je n'ai pas osé, je ne sais pas comment faire » accompagnant 7
	Sentiment d'impuissance	« Je me suis sentie impuissante et nulle (...) On est résignés (...) Ça me révolte » accompagnant 2 « Nous n'avons pas eu le choix » accompagnant 7

<b>Sentiment d'opposition ou de coopération</b>	Souhait de ne pas déranger l'équipe médicale	« Je préfère laisser faire l'équipe médicale » accompagnant 6 « Je ne voulais pas gêner les docteurs » accompagnant 8
	Opposition	« C'est une opposition car on utilise la force pour soigner » accompagnant 4 « Nous l'avons obligée à se laisser soigner » accompagnant 7
	Coopération	« Je sens une coopération au sein de votre équipe, qui rassure » accompagnant 4 « Opposition, non, car on n'a pas trop le choix, (...) on est résignés » accompagnant 2 « C'est manifestement une coopération, tout le personnel médical se plie pour soigner mon enfant alors que c'est difficile que ce soit pour mon enfant ou pour eux. » accompagnant 6
	Les deux sentiments à la fois	« C'est à la fois une opposition et une coopération » accompagnant 7

Les parents sont primordiaux lors des consultations d'odontologie pédiatrique, en effet, leur présence peut permettre une adhésion totale des patients aux soins. Lors de nos entretiens, nous nous sommes intéressés à la position des accompagnants lorsque la contention physique était réalisée. Certains nous ont naturellement apporté leur aide pour la mise en place de contention physique ; soit suite à la demande du personnel soignant soit spontanément, dans le but de rassurer le patient ou tenter de lui expliquer ce qu'il se passait. « *Oui (j'ai participé) en maintenant ma fille au fauteuil* » accompagnant 1 « *Ma fille me*

*réclamait alors je suis venue » accompagnant 3 « J'ai essayé de lui expliquer au maximum pour qu'elle ne s'inquiète pas mais rien n'y faisait » accompagnant 7.*

Cependant, d'autres ont préféré rester en retrait par peur de déranger l'équipe médicale lors du soin, de faire une erreur ou parce qu'ils ne s'en sentaient pas capables. « *Je me sentais impuissante (...) Je ne voulais pas gêner les docteurs » accompagnant 8.*

Nous nous sommes aussi demandé s'ils percevaient la contention physique comme une coopération ou une opposition, dans le sens où cette pratique entre dans une démarche commune pour soigner ou si c'est une opposition à l'enfant et son ressenti . Et là aussi, les avis sont partagés. Pour certains le fait de s'opposer aux envies du patient prend trop de place et c'est le sentiment qui est le plus associé à cette pratique. « *Je dirai de l'opposition car nous avons dû l'obliger » accompagnant 5 « C'est une opposition à ma fille elle n'était pas consentante » accompagnant 3.*

Alors que d'autres accompagnants voient cette pratique comme une réelle coopération entre les soignants et les accompagnants pour arriver au but recherché : soigner le patient. « *C'est une coopération entre les docteurs et moi-même, nous avons travaillé ensemble » accompagnant 8*

D'autres expriment un sentiment partagé, entre la coopération voyant tout le monde exercer ensemble pour prodiguer les soins nécessaires à leur enfant et l'opposition à la décision de leur enfant, puisqu'il est nécessaire de le forcer pour le soigner ; cela ne va donc pas dans son sens et il ne coopère pas. « *C'est à la fois une opposition et une coopération » accompagnant 7.*

Pour certains parents, c'est de la responsabilité de l'enfant si la contention a été nécessaire « *Je ressens que c'est la faute de ma fille, elle est mal à l'aise avec les dentistes, c'est pour cela que nous devons la forcer » accompagnant 1*



iv. *Thème 4 : La gestion des répercussions*

Sous thèmes	Sous thèmes	Extraits
<b>Des patients</b>	Protection et soin	« Il en parle, il a toujours un peu peur mais il coopère (...) je vais lui dire que c'était pour le protéger (...) me protéger et vous. Qu'on ne lui fait pas de mal, qu'on fait tout pour le soigner » accompagnant 2 « Les docteurs ne sont pas là pour la blesser mais pour la soigner » accompagnant 7 « Je lui dirai que ce n'était pas pour lui faire du mal mais pour son bien, qu'il faut faire confiance aux médecins » accompagnant 4
	Courage et fierté	« C'est sûr qu'elle va m'en parler car elle se pose beaucoup de questions (...) elle a le droit de trouver cela étonnant qu'on l'ait un peu contraint mais que c'est normal (...) je suis fier d'elle et elle a été courageuse » accompagnant 7 « Il a été courageux » accompagnant 5
	Compréhension	« Je ferai tout pour qu'elle comprenne ce qu'il s'est passé » accompagnant 6
<b>Du personnel soignant</b>	Répercussions	« Je pense que cela fera d'eux de meilleurs dentistes car ils auront le côté pédagogue au top pour les enfants (...) certains peuvent avoir le cœur retourné, c'est difficile » accompagnant 2

	Formation	<p>« Cela peut être dur pour vous de voir cela mais ça fait partie de votre métier » accompagnant 4</p> <p>« C'est normal, c'est une expérience, ce n'est pas facile de soigner les enfants » accompagnant 1</p> <p>« Oui je pense que vous êtes formés (...) cela doit venir avec le temps et l'expérience » accompagnant 2</p> <p>« Je ne suis pas sûr que vous soyez formés à cela, je trouve cela très dur pour vous psychologiquement » accompagnant 7</p> <p>« Cela s'est fait plutôt naturellement et tous les soignants semblaient totalement savoir quoi faire » accompagnant 6</p>
--	-----------	--

La pratique de la contention physique, peut, comme nous l'avons abordé précédemment, entraîner des répercussions physiques et psychologiques sur le long terme. Nous nous sommes intéressés aux éventuelles répercussions que cette pratique pourrait avoir sur les patients comme sur le personnel soignant la pratiquant.

Dans notre cas, comme les patients n'étaient pas en capacité de répondre à nos questions, nous avons décidé d'aborder la manière dont les accompagnants allaient prendre en charge les éventuelles répercussions de la contention physique, surtout psychologiques, et tenter de les limiter. Certains parents appuieront sur le fait que les médecins ont pratiqué la contention physique pour protéger et soigner leur enfant. *« Les docteurs ne sont pas là pour lui faire de mal mais c'est pour son bien » accompagnant 1 « Je lui dirai que ce n'était pas pour lui faire mal mais pour son bien, qu'il faut faire confiance aux médecins » accompagnant 4 « Je vais lui dire que c'est pour le protéger lui, éviter qu'il y ait un faux mouvement ou mauvais geste, pour me protéger moi et vous qui le soignez. Qu'on ne lui fait pas de mal qu'on fait tout pour le soigner » accompagnant 2*

La notion de courage et de fierté est très évoquée, en effet les parents mettent un point d'honneur à féliciter leurs enfants après cet acte de contention afin de les rassurer et de relativiser sur la situation. « *Je lui expliquerai que c'est terminé maintenant, qu'il a été courageux* » accompagnant 5

Enfin, beaucoup d'accompagnant souhaitent tenter de pallier au manque de compréhension qu'ils ont ressenti entre leur enfant et les praticiens lors de la pratique de la contention. Ils commencent alors leur réponse par l'expression : « *je lui expliquerai* » « *Je lui expliquerai que c'est pour son bien, je ferai tout pour qu'elle comprenne ce qu'il s'est passé* ». Accompagnant 6

Cependant dans de rares cas, certains parents veulent responsabiliser leur enfant, en leur expliquant que si l'équipe médicale en est arrivée là c'est de la « faute » du patient qui ne s'est pas laissé faire. « *On n'est pas fiers d'elle (...), elle nous avait promis qu'elle se laisserai faire et là elle ne tient pas sa promesse (...) je lui dirai que ce n'est pas grave que ça arrive que parfois il faut se forcer dans la vie* » accompagnant 1

En finalité la seule chose que souhaitent les parents reste le fait que les enfants ne se préoccupent pas de cette mauvaise expérience et que, la prochaine fois, les soins se passent mieux et sans contention. « *J'espère qu'elle ne gardera pas un trop mauvais souvenir de cette expérience* » accompagnant 7

Les répercussions d'une telle pratique sur le personnel soignant ont été abordées à plusieurs reprises, notamment dans les thèses des docteurs CARBILLET Morgane et MARQUET Aurélie.

Nous avons donc trouvé intéressant de connaître l'avis des accompagnants des patients sur le sujet. Plusieurs accompagnants trouvent cette pratique normale et ne pensent pas qu'elle puisse avoir quelconque répercussion sur le personnel soignant car cela fait partie de nos fonctions. « *Je ne pense pas que cela puisse avoir de répercussions sur eux* » accompagnant 8. « *C'est normal, ce n'est pas facile de soigner les enfants, c'est une expérience* » accompagnant 1.

En effet, la plupart d'entre eux pensent que c'est une situation difficile à pratiquer mais aussi plutôt formatrice pour les étudiants y assistant. « *En voyant plusieurs enfants difficiles je pense que cela fera d'eux (les étudiants) de meilleurs dentistes car ils auront un coté pédagogue au top pour les enfants.* » accompagnant 2.

Cependant certains insistent sur les répercussions que peut avoir cette pratique et tentent de nous mettre en garde pour éviter les traumatismes à tous les niveaux « *Cela fait partie de votre métier, vous rencontrez des enfants difficiles, mais faites attention à vos gestes et paroles, cela peut avoir de lourdes répercussions* ». accompagnant 3 « *Il faut faire attention aux répercussions que cela peut avoir, sur tout le monde : le personnel médical comme l'enfant et son entourage* » accompagnant 6 « *En les tenant comme mon fils, je pense qu'en fin de journée certains peuvent avoir le cœur retourné (...) certains étudiants se sentent plus ou moins bien face à ce genre de situation, cela doit venir avec le temps et l'expérience* » accompagnant 2 « *Je trouve cela très dur pour vous psychologiquement de contraindre un patient à recevoir des soins* » accompagnant 7

En ce qui concerne la formation, les accompagnants pensent que les étudiants et professionnels de santé sont formés à la pratique de la contention physique notamment car la mise en place de cette pratique est relativement naturelle, fluide et coordonnée. « *Je pense que oui vous êtes formés car cela peut être dur pour vous de voir cela* » accompagnant 4 « *Tout s'est fait très naturellement, (pour cette raison) je pense que oui, vous êtes formés* » accompagnant 3. « *Cela fait de toutes façons partie de votre métier et donc de votre formation* » accompagnant 5. « *Je pense que oui vous êtes formés car toutes les équipes qui ont pratiqué la contention sur ma fille cela s'est fait plutôt naturellement et tous les soignants semblaient totalement savoir quoi faire* » accompagnant 6. Certains interviewés ne semblent pas sûrs qu'une formation soit dédiée à la pratique de la contention physique « *Je ne suis pas sûr que vous soyez formés à cela, je trouve cela très dur pour vous psychologiquement* » accompagnant 7. Cependant, ils estiment que si c'est le cas, cela devrait changer et faire partie de notre formation.

v. *Thème 5 : Les raisons de la contention*

Sous thèmes	Sous thème	Extraits
<b>Indication</b>	Refus de soins par le patient, nécessaire au soin,	« On avait un refus catégorique de sa part (...) Il faut bien les tenir pour les canaliser » accompagnant 2 « J'ai confiance en vos confrères, s'ils l'ont fait, c'est que c'était nécessaire » accompagnant 7
	Manque de compréhension	« Nous n'aurions pas pu la soigner sinon, c'est dommage d'avoir dû la contraindre, j'ai senti qu'elle ne comprenait pas, personne ne réussissait à lui faire entendre raison même pas moi » accompagnant 3 « La barrière de la langue était trop importante pour réussir à calmer sa peur » accompagnant 4 « Ma fille, par sa pathologie, ne comprends pas, il n'est pas possible de communiquer verbalement (...) nous n'avons pas le choix. » accompagnant 6
	Protection du patient et du personnel soignant	« Il faut soigner ma fille mais en même temps le personnel médical doit le faire dans de bonnes conditions pour ne pas se blesser eux même ni blesser ma fille » accompagnant 6 « Pour protéger tout le monde (...) et pour pouvoir arriver à la soigner » accompagnant 2
<b>Alternatives</b>		« Je ne vois pas comment faire autrement » accompagnant 2 « Sauf si ça existe en médicament sinon je ne pense pas » accompagnant 1

<p><b>Éthique</b></p>		<p>« Pour moi, ce n'est pas la seule solution (...) il ne faut surtout pas que la contention devienne la seule solution » accompagnant 7</p> <p>« Je suis plutôt contre en terme général (...) j'essaie de beaucoup parler à mes patients et de leur faire comprendre les choses (...) sans certains cas nous n'avons pas le choix, pour le bien du patient » accompagnant 4</p> <p>« Je suis contre le fait de contraindre une personne à faire ce qu'elle ne souhaite pas, même si c'est un enfant, il peut comprendre et par conséquent se laisser faire. Après dans certains cas (...) je comprends que vous n'avez pas le choix » accompagnant 7</p> <p>« Cela doit être normal » accompagnant 5</p> <p>« C'est pas vraiment normal, car je pense qu'à 7ans mon enfant est censé comprendre, (...) après si on est obligé de la forcer et bien on est obligé » accompagnant 1</p>
<p><b>Dangers</b></p>		<p>« C'est difficile de savoir si l'enfant est simplement capricieux ou s'il y a un problème plus profond » accompagnant 2</p> <p>« Ce qui serait dangereux serait que cela devienne systématique. C'est donc compliqué, il faut savoir juger de quand c'est vraiment nécessaire pour ne pas tomber dans les excès » accompagnant 7</p> <p>« (je pense que) Cela peut faire des dégâts psychologiques de forcer les enfants » accompagnant 3</p>

Comme nous l'avons abordé précédemment, il est nécessaire de poser l'indication de la contention physique afin d'éviter de tomber dans une contention de facilité, qui pourrait être nocive pour les patients pédiatriques. Lors de cette prise de décision il est primordial que les parents et responsables légaux soient informés et consentants. Dans le cadre de notre étude, les parents et/ou représentant légaux ont tous participé au soin et ont consenti à la pratique de la contention physique, cependant nous nous sommes posé la question à savoir qu'elle était l'indication de cette pratique selon eux. Plusieurs points reviennent donc, certains expriment un refus catégorique de la part du patient et donc la contention est devenue nécessaire « *Dans certains cas où la peur prend le dessus sans raison, on ne peut pas faire autrement* » accompagnant 7 « *On ne pouvait pas faire autrement, pour la prochaine fois il faudrait même un médicament en plus, (...) c'est nécessaire pour la soigner* » accompagnant 1 « *elle ne se laissait pas faire sans cela les docteurs n'auraient pas pu la soigner* » accompagnant 8.

Pour d'autres, la contention a été envisagée car la communication et la compréhension étaient impossibles entre le patient et les praticiens. « *Nous n'aurions pas pu la soigner sinon, c'est dommage d'avoir dû la contraindre, j'ai senti qu'elle ne comprenait pas, personne ne réussissait à lui faire entendre raison même pas moi* » accompagnant 3

Il est plusieurs fois revenu la nécessité de protéger l'enfant et les professionnels de santé lors du soin. En effet avec l'agitation des patients, les AES (Accident Exposant au Sang) sont plus fréquents et les patients risquent aussi de se blesser en se débattant. « *Il faut soigner ma fille mais en même temps le personnel médical doit le faire dans de bonnes conditions pour ne pas se blesser eux même ni blesser ma fille* » accompagnant 6 « *C'est pour protéger ma fille (...) elle risquait de se blesser* » accompagnant 7.

Pour la plupart des accompagnants, la contention physique semblait inévitable. Cependant, nous leur avons expliqué qu'il pouvait y avoir d'autres alternatives avant d'en arriver là et nous les avons donc interrogés afin de savoir s'ils les connaissaient. Pour la plupart, ils ne pensent pas qu'il puisse y avoir d'alternative « *Je ne vois pas comment faire autrement* » accompagnant 2. D'autres, plutôt réfractaires à la contention physique, expriment le fait que si une solution moins traumatisante pour leur enfant existe, il faudrait l'utiliser. « *Je ne pense pas (qu'il y ait des alternatives) (...) je n'espère pas sinon il faudrait*

*les utiliser » accompagnant 3. Certains pensent que la prochaine étape est sans doute l'anesthésie générale et ne souhaitent pas cela pour leur enfant. « A part sous anesthésie générale, je ne pense pas et je ne souhaite pas cela pour ma fille » accompagnant 6. D'autres nous informent que tout s'est fait naturellement et qu'on ne leur a pas parlé des alternatives « Je ne sais pas, des médicaments peut être (comme alternative), on ne m'en a jamais parlé, je suis venue à l'hôpital car le dentiste n'a pas pu le soigner et la contention s'est faite naturellement » accompagnant 5.*

L'éthique et la déontologie sont deux notions importantes dans la pratique de l'art dentaire et le code de déontologie du chirurgien-dentiste nous guide dans la prise en charge de nos patients. La contention physique est, comme nous l'avons vu plus haut, très controversée dans le milieu médical. Nous avons donc tenté de recueillir l'avis des accompagnants de nos patients sur la place de la contention physique au sein de notre pratique d'un point de vue éthique. Cette notion a été relativement difficile à aborder car la plupart des interrogés ne connaissaient pas spécialement la notion d'éthique et de déontologie, nous avons donc essayé de les guider en leur demandant entre autres s'ils étaient « pour ou contre cette pratique ». Encore une fois, les avis divergent « Je suis plutôt contre mais je pense que cela facilite le travail des médecins et que cela est nécessaire parfois, il est primordial que ce soit fait en coopération avec les parents » accompagnant 6.

La notion de coopération est souvent mise en avant, un sentiment de tolérance de la part des accompagnant est évoqué s'ils se sentent intégrés à la pratique. Beaucoup ont insisté sur le résultat de la pratique à savoir qu'on réalise la contention dans un but de soigner le patient « C'est un peu brutal (...) mais on sait que c'est pour le bien de l'enfant donc cela ne me dérange pas » accompagnant 8 « au final c'est pour son bien » accompagnant 3.

La contention physique ne peut pas être utilisée par facilité ou par automatisme, en effet elle présente de nombreux dangers (Cf partie II. E.). Nous avons informé les parents de ces possibles dangers et le but était de savoir s'ils en avaient conscience. Il est pour eux difficile de distinguer le caprice de l'enfant de la réelle douleur, il est pour eux dangereux de pratiquer la contention si on n'arrive pas à bien établir l'indication. « C'est difficile de savoir si l'enfant est simplement capricieux ou s'il y a un problème plus profond » accompagnant 2. Plusieurs parents se montrent sceptiques et espèrent que cette pratique



n'est pas régulière et automatique, auquel cas elle serait un danger. « *Ce qui serait dangereux serait que cela devienne systématique. C'est donc compliqué, il faut savoir juger de quand c'est vraiment nécessaire pour ne pas tomber dans les excès* » accompagnant 7

## **IV. DISCUSSION**

Nous avons trouvé quelques études s'intéressant à l'utilisation de la contention physique au cours des soins en milieu hospitalier et lors des soins dentaires. Cependant aucune ne mettait en exergue le ressenti des patients ou des accompagnants suite à cette pratique. Nous avons décidé, suite aux recherches des Docteurs CARBILLET et MARQUET sur le ressenti des étudiants et des praticiens face à la contention physique des patients pédiatrique, d'étudier la perception des patients et des accompagnants.

Nous avons cependant fait face à plusieurs problématiques. En effet dans un premier temps, nous souhaitons orienter notre recherche sur le vécu du patient. Mais cela n'ayant pu être réalisé compte tenu du jeune âge des patients, nous nous sommes intéressés au ressenti des accompagnants de ces patients. En effet, nous avons englobé les accompagnants en totalité car plusieurs des patients intégrant les critères de notre recherche étaient accompagnés de représentants légaux, de tuteurs ou d'aides sociales.

Dans quelques cas, nous avons fait face à plusieurs problèmes de communication, liés à la barrière de la langue pour des patients et parents non francophones ainsi que pour des patients atteints de handicaps ne permettant pas une communication verbale.

Enfin un dernier problème s'est posé à nous, le nombre de patients. En effet la contention physique est utilisée au centre de soins dentaires du CHU de Toulouse de manière exceptionnelle. Ainsi très peu de patients font donc face à cette expérience en temps normal. La crise sanitaire liée au COVID19 a aussi fortement affecté les soins.

Notre étude a pu être menée malgré ces différentes problématiques et suite à nos entretiens, plusieurs sujets de réflexion et d'amélioration ont émergé.

### *La contention physique, un sentiment difficile*

Lors des entretiens, les accompagnants assistant à la mise en place de contention physique sur les patients pédiatriques sont unanimes sur le fait que cette pratique engendre une sensation de mal être. En effet les personnes interviewées décrivent cette pratique

comme « insoutenable » et « affreuse » pour eux. Ces sentiments rejoignent l'idée que la contention physique est une pratique dont la vision générale est négative. Cependant, tous les accompagnants prennent conscience du bénéfice de cette expérience quand l'objectif de soigner le patient est atteint.

Il est donc nécessaire en tant que soignant de bien avoir à l'esprit l'expérience difficile ressentie par les accompagnants dans ce genre situation et de la prendre en compte lors de nos soins en odontologie pédiatrique

Beaucoup d'accompagnants se sentent aussi frustrés du manque de compréhension de la part de leur enfant. Il serait opportun de les aider à communiquer avec ce dernier, ou de les aiguiller pour permettre à cet enfant de mieux comprendre ce qu'il s'est passé à posteriori. En effet c'est leur principale préoccupation à la fin de la séance.

#### *La formation du personnel soignant*

Suite à la thèse du Docteur CARBILLET, on note que la plupart des étudiants estiment manquer de formation à ce sujet car étant très peu informés sur cette pratique. Il existe un réel besoin d'organiser des discussions autour de ce thème afin d'échanger et de partager ces expériences. Les accompagnants sont, pour la plupart, persuadés que le personnel soignant est formé à cette technique de contention et estiment que si ce n'est pas le cas formation doit avoir lieu car c'est une pratique qui selon eux peut avoir de réelles répercussions psychologiques sur les étudiants et les soignants. Ils ont souvent énoncé la difficulté pour les soignants à contraindre un patient à recevoir des soins et, la littérature confirme que les « débriefing » post contention sont appréciés par le personnel. (40)

Notre formation initiale impacte notre future pratique ; en effet les praticiens que nous rencontrons et observons lors de nos études influencent nos comportements futurs en tant que chirurgien-dentiste. Selon Peretz et Gluck, les antécédents éducatifs et le lieu de pratique du chirurgien-dentiste jouent un rôle dans la sélection des stratégies comportementales et l'utilisation de ces techniques varierait selon l'école dentaire dont le dentiste est diplômé. (41) Chaque chirurgien-dentiste aura donc une vision différente de la contention physique et sa réaction et la gestion de ses émotions face à cette pratique seront

sans doute influencées par ses anciennes expériences, notamment à la faculté s'il a été confronté à cette technique lors de ses études.

### *L'implication d'un tiers dans la pratique de la contention*

Un sentiment majeur est présent dans nos entretiens, celui de la frustration des parents qui se sentent impuissants face à leur enfant pris de panique, obligeant ainsi la pratique de la contention physique. Beaucoup d'accompagnants ne souhaitent pas déranger l'équipe médicale par peur de mal agir ou d'empirer la situation. Ils ont une totale confiance en le personnel soignant. Nous pourrions nous poser la question à savoir si en les impliquant plus dans les soins des enfants, nous pourrions éviter d'en arriver à des situations où la contention physique est inévitable.

Certains accompagnants lors des consultations pédiatriques prennent part aux soins en s'allongeant avec leur enfant sur le fauteuil.

Dans plusieurs cas, certains accompagnants expliquent ou sous-entendent que, selon eux, si on en arrive à pratiquer la contention, c'est de la faute de l'enfant et qu'ils se sentent impuissants face à cela. On se retrouve donc face à une problématique d'indication de la contention physique : en effet il faut savoir distinguer le caprice de l'enfant, que l'on peut éventuellement arrêter en discutant avec lui et en lui expliquant ce qu'il va se passer, de la réelle appréhension ou impossibilité à comprendre nous dirigeant vers la contention physique. Le rôle du parent et des accompagnants est donc primordial dans cette prise de décision.

*« Je pense que cela (la contention physique) facilite le travail des médecins et que cela est nécessaire parfois, il est primordial que ce soit fait en coopération avec les parents » accompagnant 6.*

### *La gestion des répercussions sur le patient et son accompagnant*

Comme nous l'avons énoncé précédemment, la contention physique peut engendrer un traumatisme psychologique (29). Aussi lors de nos entretiens, les accompagnants ont appuyé sur le fait qu'ils pensaient que ce type d'acte pouvait avoir des répercussions sur leur enfant et qu'ils prendraient le temps de tout réexpliquer au patient afin de les éviter. Il est donc nécessaire de prendre en compte cette dimension ; une accompagnatrice nous explique

qu'elle a reçu de la contention physique lors de soins dentaires alors qu'elle n'était qu'une enfant, et que maintenant, à l'âge adulte, elle est encore traumatisée et ne peut plus consulter chez le chirurgien-dentiste.

### *Manque d'informations sur les alternatives à la contention physique*

Lors de nos entretiens, le manque d'informations quant aux éventuelles alternatives à la contention physique est souvent revenu, non comme un reproche fait aux équipes médicales mais plutôt comme un constat. En effet, les accompagnants semblent souvent mal informés quant aux différentes techniques de sédations. Nous nous sommes alors demandés s'il ne faudrait pas présenter toutes ces solutions dès les premiers rendez-vous avec les parents afin de les préparer et, comme vu précédemment, les inclure au maximum dans la prise en charge. Sur ce point-là nous semblons manquer de communication, il serait peut-être envisageable d'améliorer ce point sous forme de documents papiers à remettre aux accompagnants leur expliquant exactement comment se déroulent les séances ou sous forme de films diffusés en salle d'attente. Les faire réaliser par les étudiants permettrait de palier à cette problématique ainsi qu'à celle de leur formation qui a été soulevée dans la thèse du Docteur CARBILLET.

### *Limites de l'étude*

La neutralité du chercheur est nécessaire tant sur le recueil des données que sur l'analyse des résultats. Pour cela, nous avons procédé au recueil des données sous la forme d'entretiens semi dirigés ce qui a permis un échange spontané et de limiter l'influence de l'opérateur sur les réponses des interrogés.

Un autre biais existe cependant, les accompagnants interrogés ont pu donner des réponses en fonction de ce qu'ils pensaient socialement acceptable ou ce qu'ils pensaient attendu de la part du chercheur. Nous avons tenté de limiter ce biais en prenant une position neutre lors des interviews.

## CONCLUSION

Même si la contention physique peut être controversée dans l'opinion publique, elle est parfois employée dans la prise en charge des patients pédiatriques. Soulevant de nombreuses questions éthiques, il est intéressant de multiplier les études à ce sujet pour étayer les données et permettre au praticien de procéder à son indication en évaluant le rapport bénéfice / risque de cette technique.

La pratique de la contention physique dite passive est plus souvent rencontrée au centre de soins qu'en cabinet libéral. En effet lorsque les patients consultent au CHU, ils sont souvent en fin de parcours de soins puisqu'aucun praticien libéral n'a pu les soigner.

Au sein du CHU de Toulouse et de la Faculté de Chirurgie Dentaire de Toulouse, les Docteurs VALERA MC. et MARTY M. ont entrepris une étude sur la perception de la contention physique en odontologie pédiatrique par les différents acteurs participant aux soins. Dans un premier temps, une étude a été menée en 2019 par le Docteur MARQUET A. sur les Chirurgiens-Dentistes et leur relation à la contention physique. Ensuite, le Docteur CARBILLET M. a mis en lumière le ressenti des étudiants face à cette pratique.

Dans notre étude, nous nous sommes intéressés à la position des parents et des accompagnants des patients. Nous avons montré que dans un contexte de contention physique sur un patient pédiatrique, les accompagnants sont plutôt favorables à cette pratique même si elle peut être très douloureuse et anxiogène pour eux. Ils émettent tout de même des réserves quant à son indication qui semble nécessaire de réserver à l'exception pour éviter les dangers de son utilisation. La cohésion des équipes soignantes, lors de ce type de soin et malgré le contexte actuel, a été fortement mise en avant et rassurante pour les accompagnants.

Directeurs de Thèse

Président du Jury



## TABLE DES ILLUSTRATIONS

Figure 1 : Exemple de salle d'attente avec un espace dédié aux enfants.....	15
Figure 2 : Exemple de peluche permettant la mise en pratique de la technique du « TELL / SHOW / DO » .....	16
Figure 3 : Exemple de modèle dentaire.....	16
Figure 4 : Classification des patients selon leur score ASA (15 morgane).....	19
Figure 5 : Enveloppement d'un enfant grâce à un « Papoose Board » .....	20
Figure 6 : « Papoose Board » .....	20
Figure 7 : Cale pour ouverture buccale .....	20
Figure 8 : Différences entre recherche quantitative et recherche qualitative d'après Pau Van Royen et al.....	28
Figure 9 : Arbre thématique .....	33

# **ANNEXES**

(Annexe 1)

## **THESE**

**POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE**

---

### **PERCEPTION DE LA CONTENTION PHYSIQUE EN ODONTOLOGIE PEDIATRIQUE PAR LES PATIENTS ET LEUR ENTOURAGE**

---

Bonjour,

Je suis étudiante en chirurgie dentaire, pour valider mon diplôme il me faut soutenir une thèse d'exercice. Celle-ci s'intéresse à la contention physique exercée lors des soins dentaires sur les enfants.

Dans le cadre de la rédaction de cette dernière j'ai besoin de recueillir les impressions et le ressenti des accompagnants lors des soins dentaires chez les enfants.

Vous entrez dans le cadre de cette recherche car votre enfant reçoit des soins sous sédation médicale (MEOPA) les praticiens sont par conséquent parfois dans l'obligation de procéder à une contention physique pour pouvoir soigner votre enfant.

Dans le cadre de ma recherche je vous prie de bien vouloir répondre aux différentes questions que je vais vous poser.

Merci pour votre participation



## Questionnaire patient/parent

- Age de l'enfant :
- Accompagnant : parent - famille proche – grand parent - ami (première fois en tant qu'accompagnant ou non ?)
- ATCD médicaux patient (pathologies)
- Historique du patient chez le dentiste (comment se passaient les soins avant ...)
- Motif de la consultation :
- Pour vous qu'est-ce que la contention ?

Leur **donner la définition** scientifique, selon la Haute Autorité de Santé (HAS), la contention physique est « l'utilisation de toute méthode manuelle, tout dispositif physique ou mécanique qu'un individu ne peut ôter facilement et qui restreint sa liberté de mouvement ainsi que l'accès à son propre corps »

- Avez-vous participé au soin ?
- Des soins dentaires ont déjà été réalisés sur l'enfant ? avec besoin ou non de contention physique ?
- Recours au MEOPA ultérieurement ? seulement en dentaire ? pour d'autres soins ?

Nous allons aborder différents thèmes qui ont été relevés au cours des autres études sur le sujet de la contention physique en odontologie pédiatrique.

- I. Qu'avez-vous ressenti lorsque le docteur a contenu votre enfant pour le soigner ?
  - a. Comment avez-vous perçu le fait de voir votre enfant comme cela ?
  - b. Vous considérez l'utilisation de la contention physique comme un échec ou une réussite ?
  - c. Vous avez un sentiment d'opposition ou de coopération ?
  
- II. Pensez-vous qu'il était nécessaire de pratiquer la contention sur votre enfant ?
  - a. Pourquoi, selon vous, avons-nous pratiqué cet acte sur votre enfant ?

- III. Selon vous pourquoi il a été nécessaire de pratiquer cet acte ?
  - a. Soigner l'enfant
  - b. Protéger le praticien, l'enfant, les deux ?
  
- IV. Gestion des répercussions
  - a. Pensez-vous que votre enfant ait des répercussions psychologiques suite à cet acte ?
  - b. Comment pensez-vous aborder les sujets s'il vient à vous parler des soins qui ont eu lieu ? Et de la contention ?
  
- V. Pensez-vous qu'il puisse y avoir des alternatives à la contention physique pour soigner votre enfant ou est-ce la seule solution pour qu'il se laisse faire ?
  
- VI. En terme d'éthique qu'en pensez-vous ?
  
- VII. Pensez-vous que les professionnels de santé et les étudiants soient formés à la pratique de la contention physique ? Cela peut-il avoir des répercussions psychologiques sur eux ?
  
- VIII. Tenter de recueillir l'impression de l'enfant.

## BIBLIOGRAPHIE

- (1) OUDJANI C., DANY L., DEROME M., BATAILLE J., « Représentations sociales de la contention en pédiatrie : regards professionnels », Arch. Pédiatrie, vol 22, n°1, 2015.
- (2) HAS – Haute Autorité de Santé et Agence Nationale d’Accréditation et d’Evaluation en Santé, « Limiter les risques de la contention physique de la personne âgée », Octobre 2000. Disponible sur : <https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/contention.pdf>
- (3) BRAITMAN A., GUEDJ MJ., « Mesures de contention sans isolement. Revue de la littérature et des recommandations en vigueur », J Nervure, 2003.
- (4) ABRIC JC. « Pratiques sociales et représentations » Paris, 1994.
- (5) ANNEQUIN D., « Contention pour les gestes douloureux, les risques de maltraitance. » Pediatr Prat, 2011
- (6) Collège des enseignants en odontologie pédiatrique, coordination MULLER-BOLLA M. « Guide d’odontologie pédiatrique, la clinique par la preuve », Cdp Guide Clinique, 2018.
- (7) AZOULAY M., RAYMOND S. « La contention physique, outil de soin ? », L’information psychiatrique, John Libbey Eurotext Vol 93, 2017.
- (8) KINOO P. et KPADONOU-FIOSSI E., « Enfant, contenance et contention », Neuropsychiatr. Enfance Adolesc., vol. 56, n°3, mai 2008
- (9) Salle d’attente avec espace dédié aux enfants. Disponible sur : <https://pediatricsansrdv-croixdusud.com>
- (10) Tell-Show-Do for Pediatric Appointments. Disponible sur : <https://www.youtube.com/watch?v=oi41krAQBI4>
- (11) Exemple de peluche permettant la mise en pratique de la technique du « TELL / SHOW / DO ». Disponible sur <https://www.dr-bach-sarah.chirurgiens-dentistes.fr>
- (12) Exemple de modèle dentaire. Disponible sur : <https://www.selarl-sommeville.chirurgiens-dentistes.fr/pedodontie-combs-la-ville/>
- (13) WOOD C, BIOY A. « De la neurophysiologie à la clinique de l’hypnose dans la douleur de l’enfant. » Douleurs: Eval - Diagn – Trait, 2005.
- (14) HUET A, LUCAS-POLOMENI M-M, ROBERT J-C, SIXOU J-L, WODEY E. « Hypnosis and dental anesthesia in children: a prospective controlled study. » Int J Clin Exp Hypn. 201.
- (15) CARBILLET M. « Perception de la contention physique par les étudiants en chirurgie dentaire lors d’un soin pédiatrique : étude qualitative. » Toulouse, Université Paul Sabatier, 2020.
- (16) PHILIPPART F., « La sédation consciente au mélange protoxyde d’azote/oxygène en odontologie » Douleurs : Eval – Diag - Trait, 2006.
- (17) BANDON D, DELBOS Y, NANCY J, VAYSSE F, ROUAS P. « MEOPA, anesthésie générale : pourquoi et comment orienter les patients ? » Le Fil Dentaire, n°43 mai 2019.
- (18) BRENIER P, BANDON D, CHOUKROUN J, MOUTARDE A, RAUCOULES-AIME M, ROCHE Y, SAMAKH P. « Sédation consciente au cabinet. », Dossiers ADF, 2010.
- (19) LANGLOYS J., « Anesthésie du patient ambulatoire. » Encyclopédie Médico-Chirurgicale 36-635-A-10.

- (20) SFAR - Société Française d'Anesthésie et de Réanimation. Disponible sur: <https://sfar.org/scores/asa.php>
- (21) BANDON D., NANCY J., PREVOST J., VAYSSE F., DELBOS Y., « Apport de l'anesthésie générale ambulatoire pour les soins buccodentaires des enfants et des patients handicapés » Archives de Pédiatrie, Vol 12, Issue 5, 2005.
- (22) MARQUET A. « Perception de la contention physique par les praticiens dans l'exercice de l'odontologie pédiatrique : étude qualitative. » Toulouse, Université Paul Sabatier, 2019.
- (23) Olympic Médical Corp Papoose boards. Disponible sur : <https://www.devinemedical.com/50500-Papoose-Boards-p/50500.htm>
- (24) Papoose Board. Disponible sur : [https://www.creai-bretagne.org/images/pdf/journee\\_di\\_2019\\_fam\\_plouay.pdf](https://www.creai-bretagne.org/images/pdf/journee_di_2019_fam_plouay.pdf) , planche n°4.
- (25) Cale dentaire. Disponible sur : <https://www.iocclusion.com/blog/?p=2027>
- (26) Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé. « Evaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé : limiter les risques de la contention physique de la personne âgé », 2000.
- (27) American Academy of Pediatric Dentistry. « Behavior guidance for the pediatric dental patient ». The Reference Manual of Pediatric Dentistry, 2020.
- (28) ROMER M., « Consent, restraint, and people with special needs: a review” Spec. Care Dentist, vol 29, n°1, Janvier 2009.
- (29) American Academy of Pediatric Dentistry, « Use of protective stabilization for pediatric dental patients. », The Reference Manual of Pediatric Dentistry. 2020.
- (30) Code civil. Article 372-2
- (31) Code de la santé publique. Article R. 4127-42
- (32) Code de la santé publique. Article L. 1111-2.
- (33) Code de la santé publique. Article L. 1111-4.
- (34) BARTON D., Msde. HatcherRosarioPotter, et Msh Z. HendersonD, « Dental attitudes and memories: a study of the effects of handover mouth/restraint », *Pediatr Dent*, 1993.
- (35) LOMBART B., « De la cécité empathique transitoire à la prudence dans les soins. Au sujet de la contention lors des soins en pédiatrie », Philosophie. Université Paris-Est, 2016.
- (36) AUBIN-AUGER I, MERCIER A, BAUMANN L, LEHR-DRYLEWICZ A-M, IMBERT P, LETRILLIART L, Groupe de recherche universitaire qualitative médicale francophone : GROUM-F. « Introduction à la recherche qualitative », 2008.
- (37) BORGES DA SILVA G. « La recherche qualitative : un autre principe d'action et de communication », 2001.
- (38) VAN ROYEN P. « Cours d'introduction à la recherche qualitative ». Institut médecine tropicale de Bruxelles, Décembre 2007.
- (39) REINERS M., « Understanding the Differences between Husserl's (descriptive) a,d Heidegger's (interpretive) phenomenological resersearch » j . NURS. Care, vol 01, n°05, 2012.
- (40) BONNER G., LOWE T, RAWCLIFFE D., WELLEMANN N., « Trauma for all: a pilot study of the subjective experience of physical restraint for mental health inpatients and staff in the UK. » *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2002.
- (41) PERETZ B. et GLUCK G., « The use of restraint in the treatment of paediatric dental patients: old and new insights. » *Int J Paediatr Dent*. 2002.

**PERCEPTION DE LA CONTENTION PHYSIQUE EN ODONTOLOGIE  
PEDIATRIQUE PAR LES PATIENTS ET LEUR ENTOURAGE : ETUDE  
QUALITATIVE**

---

RESUME EN FRANÇAIS :

La contention physique fait partie des outils thérapeutiques que possède le chirurgien-dentiste en odontologie pédiatrique. Cette pratique peut être pratiquée régulièrement dans le cadre des soins dentaires, avec des conséquences psychologiques potentielles non considérables sur les enfants, les praticiens mais également sur les parents accompagnateurs. C'est sur le point de vue des parents que nous nous focaliserons ici puisque c'est par le biais d'une étude qualitative que nous avons analysé leur perception et leurs réactions face à leurs enfants soumis à de la contention physique.

---

**PERCEPTION OF PHYSICAL RESTRAINT EN ODONTOLOGIE PEDIATRIQUE  
BY PATIENTS AND THEIR ENTOURAGE : A QUALITATIVE STUDY**

RESUME EN ANGLAIS :

Physical restraint is part of dentist's therapeutic tools in pediatric dentistry. This practice can regularly be used during dental care with potential psychological consequences on children, practitioner and also parents who accompany the patient. Through a qualitative study, we will focus on the parent's point of view by analysing their perception and reactions to the physical restraint of their child.

---

DISCIPLINE ADMINISTRATIVE : Chirurgie dentaire

---

MOTS-CLES : Contention, Contention physique, Perception des parents des patients, enfants

---

INTITULE ET ADRESSE DE L'UFR :

Université Toulouse III – Paul Sabatier

Faculté de Chirurgie Dentaire, 3 chemin des Maraîchers, 31062 Toulouse Cedex

---

Directrice de thèse : Dr Marie-Cécile VALERA

Co-directeur de thèse : Dr Mathieu MARTY