



<http://portaildoc.univ-lyon1.fr>

Creative commons : Attribution - Pas d'Utilisation Commerciale
- Pas de Modification 4.0 France (CC BY-NC-ND 4.0)



<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.fr>



Université Claude Bernard  Lyon 1

DEPARTEMENT DE FORMATION EN ERGOTHERAPIE

Mémoire pour l'obtention du diplôme d'Etat en Ergothérapie

2023-2024

Les risques de contention abusive chez les enfants avec des troubles du comportement dans les sièges moulés : l'éthique dans la pratique des ergothérapeutes

Soutenu par : Léa MERCERON

p2209504

Tuteur de mémoire : Sabine Lionnard-Rety



Université Claude Bernard Lyon 1

Président

FLEURY Frédéric

Président du Conseil Académique

BEN HADID Hamda

Vice-président CA

REVEL Didier

Vice-président CFVU

BROCHIER Céline

Directeur Général des Services

ROLLAND Pierre

INSTITUT DES SCIENCES ET TECHNIQUES DE READAPTATION

Directeur ISTR : **Pr. LUAUTE Jacques**

DÉPARTEMENT / FORMATION ERGOTHERAPIE

Directeur du département

LIONNARD-RETY Sabine

Coordinateurs pédagogiques

BODIN Jean-François

FEBVRE Marine

IBANEZ Amandine

LESCURE Caroline

LIONNARD-RETY Sabine

Responsables des stages

IBANEZ Amandine et LESCURE Caroline

Responsable des mémoires

IBANEZ Amandine

Remerciements

Je tenais tout d'abord à remercier Sabine LIONNARD-RETY, ma tutrice de mémoire, pour ses conseils avisés et son accompagnement de qualité.

Je remercie également l'équipe pédagogique de la faculté Claude Bernard Lyon 1 pour leur soutien et leur pédagogie tout au long de la formation.

Je souhaite ainsi remercier les professionnelles qui ont répondues présentes lors de ma recherche, avec gentillesse et professionnalisme.

Je tenais aussi à faire une mention spéciale à toutes les personnes qui ont appréciées débattre avec moi sur ce sujet et m'apporter un éclairage pertinent quand je me sentais perdue.

Enfin, merci à mes proches qui ont consacré du temps de relecture et de soutien dans l'écriture de ce mémoire.

Table des matières

GLOSSAIRE	
PREAMBULE.....	
INTRODUCTION.....	1
1^{ERE} PARTIE / PARTIE THEORIQUE	2
1. LES DIFFERENTES ETHIQUES ET LE MONDE DU (PARA)-MEDICAL	2
1.1. <i>Historique</i>	2
1.2. <i>Dans le monde (para)-médical</i>	3
1.3. <i>Ethique du care</i>	4
1.4. <i>Les différences internalisées entre le soignant et le soigné : la réponse de l'éthique dans l'ajustement de la relation</i>	5
2. LA CONTENTION : UN TABOU MEDICAL EN PEDIATRIE.....	5
2.1. <i>Le soin sans consentement</i>	5
2.2. <i>La contention comme outil de soin sans consentement</i>	6
2.3. <i>Les conséquences de la contention</i>	7
2.4. <i>La recherche de contenance de l'enfant</i>	8
2.5. <i>Les limites de la contenance et les différences avec la contention</i>	9
3. LE SUIVI EN APPAREILLAGE DE L'ERGOTHERAPIE.....	10
3.1. <i>Le siège moulé rigide</i>	10
3.2. <i>L'ergothérapie et le siège moulé</i>	11
3.3. <i>Le siège moulé dans la prise en soin</i>	12
4. LES PATHOLOGIES	13
4.1. <i>Gibbosité et scoliose idiopathique de l'enfant</i>	13
4.1.1. <i>La gibbosité</i>	13
4.1.2. <i>La scoliose idiopathique de l'enfant</i>	13
4.2. <i>Le trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité</i>	14
4.2.1. <i>Définition</i>	14
4.2.2. <i>Les comportements-problèmes</i>	15
4.2.3. <i>Ergothérapie et appareillage pour les troubles du comportement</i>	16
4.3. <i>Les troubles tonico-posturaux</i>	16
4.3.1. <i>Définition</i>	16
4.3.2. <i>Posture et contrôle postural</i>	17
4.3.3. <i>Posture et émotions</i>	18
5. L'ERGOTHERAPIE AU CŒUR DE LA PREVENTION DES RISQUES	19
5.1. <i>La prévention des risques</i>	19
5.2. <i>La contention, un risque à prévenir ?</i>	19
6. PROBLEMATISATION	21
2^{EME} PARTIE / PARTIE METHODOLOGIE	23
1. LES OBJECTIFS DE LA RECHERCHE	23
2. LA DEMARCHE D'INVESTIGATION	23
2.1. <i>Le type de recherche</i>	23
2.2. <i>Le choix de la population</i>	23
2.2.1. <i>Population</i>	23
2.2.2. <i>Critères d'inclusion et de non-inclusion</i>	24
2.3. <i>L'outil d'investigation</i>	24
2.4. <i>Méthode de traitement et d'analyse des données</i>	25
2.5. <i>Aspects éthiques</i>	25
3. CONTRAINTES PREVISIONNELLES DE L'ETUDE.....	25
3^{EME} PARTIE / RESULTATS & ANALYSE.....	26
1. RETOURS SUR LES ENTRETIENS	26
1.1. <i>La présentation des personnes interrogées</i>	26
1.2. <i>Les facteurs favorisant ou limitant du contexte d'investigation</i>	27
2. RESULTATS PAR THEMATIQUE.....	27
2.1. <i>La contenance et ses dérivées : la contention</i>	27

2.1.1.	L'utilisation thérapeutique de la contenance.....	27
2.1.2.	Les limites de la contenance.....	28
2.1.3.	La contention.....	28
2.2.	<i>Le TDAH et les troubles du comportement associés</i>	29
2.2.1.	Les troubles posturaux sont-ils liés aux comportements-problèmes et/ou aux troubles attentionnels ?	29
2.2.2.	La gestion des troubles du comportement : dans quelles situations agit-on ?	29
2.2.3.	Qui agit sur les troubles du comportement et comment ?	30
2.3.	<i>L'utilisation détournée du matériel orthopédique</i>	31
2.3.1.	La mise en place du siège moulé	31
2.3.2.	Le siège moulé : réponse à des troubles attentionnels et/ou des comportements-problèmes ?	32
2.4.	<i>La place de l'éthique dans la pratique de l'ergothérapie</i>	33
2.4.1.	Appropriation de l'analyse de la pratique professionnelle par les ergothérapeutes	33
2.4.2.	La contention des enfants dans les sièges moulés pour cause de troubles attentionnels et/ou comportements-problèmes.....	34
2.5.	<i>L'action de l'ergothérapeute à la limitation des risques : la prévention primaire</i>	35
2.5.1.	Les actions de prévention par les ergothérapeutes.....	35
2.5.2.	La collégialité.....	36
4^{EME}	PARTIE / DISCUSSION	37
1.	CONFRONTATION DES RESULTATS AVEC LA REVUE DE LITTERATURE.....	37
1.1.	<i>Contenance et contention, des risques connus par les ergothérapeutes</i>	37
1.2.	<i>Les troubles du comportement dans le quotidien</i>	38
1.3.	<i>Le lien entre posture et troubles du comportement encore peu connu</i>	39
1.4.	<i>Différence entre les préconisations du siège moulé et sa réelle utilisation</i>	40
1.5.	<i>Analyse et prévention par l'ergothérapeute, une compétence indispensable mais encore peu utilisée</i>	40
2.	INTERETS ET LIMITES DE L'ETUDE	41
3.	PERSPECTIVES DE POURSUITE D'ETUDE	42
	CONCLUSION	43
	BIBLIOGRAPHIE	45
	RESUME	

Glossaire

CeAND	Center of excellence for Autism and Neurodevelopmental Disorders (of Montpellier)
CNAM	Caisse Nationale Assurance Maladie
CNRTL	Centre national de ressources textuelles et lexicales
IRDES	Institut de recherche et de documentation en économie de la santé
PRAP	Prévention des Risques liés à l'Activité Physique
RRAPPS	Réseau Régional d'Appui à la Prévention et à la Promotion de la Santé
TDAH	Trouble du Déficit de l'Attention avec ou sans Hyperactivité
TND	Trouble NeuroDéveloppemental
TSA	Trouble du Spectre de l'Autisme

Préambule

Après avoir suivi un stage en ergothérapie dans un service hospitalier spécifique à la consultation pédiatrique, je me suis retrouvée confrontée à des situations dans lesquelles un questionnement éthique me semblait essentiel à la pratique.

J'ai rencontré un petit garçon, Lucas*, dont le diagnostic d'un Trouble du Déficit de l'Attention avec Hyperactivité (TDAH) a été posé. Un siège moulé lui avait été prescrit pour des raisons orthopédiques (gibbosité thoracique) mais aussi pour l'aider à se concentrer sur les activités de table où le TDAH ne lui permettait pas une concentration optimale. Sur ce siège moulé avait été placé une sangle abdominale et une sangle thoracique, mises, d'après ses dires, en systématique à l'école. Lucas allait seul dans son siège moulé mais n'appréciait pas l'attache thoracique. Il le signalait verbalement. Pendant une séance de bilan, il se mettait au travail facilement mais se plaignait souvent de vouloir sortir. Au bout d'une heure, j'ai préféré faire une pause, en utilisant un contrat entre nous : il pouvait jouer pendant dix minutes, s'il revenait travailler avec moi dans le siège moulé, sans que je lui mette la sangle thoracique.

Le changement a été radical. Il a été écouté, compris et a su finir l'intégralité des bilans, avec quelques inattentions dues à sa pathologie.

A la fin de cette séance, j'ai fortement remis en question la mise en place en systématique de cette sangle thoracique. La balance bénéfice-risque de la mise en place de cette sangle initialement installée de manière systématique si le besoin se faisait sentir dans le futur n'était pas positive : elle n'engendrait que des troubles de l'attention empêchant la mise en place de tâches sur table.

J'ai pu en parler autour de moi, m'informer sur les raisons de sa présence. Lucas n'était pas dérangé par la sangle abdominale, qui l'empêchait de glisser mais allait à l'encontre de la sangle thoracique. Il m'a aussi été dit que la sangle était placée pour des raisons de précautions : si le besoin se faisait ressentir, les parents ou les autres professionnels de santé l'auront déjà sous la main.

Il est alors de notre rôle d'expliquer l'utilisation du siège moulé et des sangles.

*L'anonymat de l'enfant a été respecté

Introduction

Selon Peyre (2023) pour le CeAND (Center of excellence for Autism and Neurodevelopmental disorders of Montpellier), les Troubles NeuroDéveloppementaux (TND) touchent actuellement 5% de la population en France. Parmi les TND, ils figurent « les Troubles du Spectre de l'Autisme (TSA), les troubles du développement intellectuel, les troubles DYS (dyslexie, dyspraxie, etc...), les Troubles du Déficit de l'Attention avec ou sans Hyperactivité. » Il ajoute que « les TND constituent un problème majeur de santé publique. »

La stratégie nationale autisme et troubles du neurodéveloppement (2018-2022), précurseur de la stratégie nationale pour les troubles du neurodéveloppement 2023-2027 s'est concentrée sur cinq axes de travail durant toutes ces années : inclusion scolaire, inclusion sociale et plein exercice de la citoyenneté, appui aux familles, recherche et innovation dans l'enseignement universitaire ainsi que la qualité des informations et la formation des professionnels aux changements.

Avec ces pathologies qui diffèrent d'un individu à l'autre, l'offre de soin évolue et essaie de s'ajuster à tous les besoins. Malheureusement, il est à noter que les moyens de l'hôpital public diminuent et que le système n'est pas aussi contenant qu'il ne devrait l'être. Dès lors, il est important de se questionner sur sa pratique. En ergothérapie, il arrive que des professionnels mettent en place des sièges moulés, qui viennent avec des sangles. A l'heure où la promotion de la santé est centrale dans la stratégie gouvernementale de santé, il est important de prévenir les risques et de définir les responsabilités de chacun dans le soin. En effet, le risque lié à l'utilisation de sangles peut mener à la contention, sujet tabou en pédiatrie. Les risques peuvent être d'autant plus importants si l'enfant a des troubles du comportement, liés de près ou de loin aux TND.

Pour amorcer la recherche, il sera vu dans un premier temps la partie théorique, où seront recensées les recherches adaptées à la question posée. Dans un second temps, il y aura un étayage de la méthodologie utilisée. Ensuite, les résultats et l'analyse de ceux-ci seront présentés pour enfin, aboutir sur une discussion autour de la question initiale suivante : Comment l'ergothérapeute peut-il intervenir dans la prévention des risques de contention des enfants dans les sièges moulés pour des troubles de l'attention et/ou des comportements-problèmes ?

1^{ère} Partie / Partie théorique

1. Les différentes éthiques et le monde du (para)-médical

1.1. Historique

« L'éthique c'est l'esthétique du dedans. » Pierre Reverdy.

La philosophie enseigne et élabore à travers les âges une définition de l'éthique. Spinoza (1667) expliquait qu'en « comprenant mieux les choses qui nous entourent, nous sommes plus forts pour les maîtriser, ainsi nous devenons meilleurs ». A cela, s'ajoute la thèse d'Aristote, pour qui « la justice est la vertu souveraine, celle par laquelle l'homme accomplit sa finalité éthique ».

Dans la langue française, et de nos jours, l'éthique se définit avec le Larousse (s.d.) par « l'ensemble des principes moraux qui sont à la base de la conduite de quelqu'un ». Elle se formule sous différents prismes, que celui de bienfaisance, du respect impérieux de la personne et de la justice.

D'autant, il existe une différence entre la moralité et l'éthique. La Commission de l'Éthique en Science et en Technologie du Québec (CEST, 2020) le rapporte en expliquant que la morale se réfère à un « ensemble de valeurs et de principes qui permettent de différencier le bien du mal, le juste de l'injuste, l'acceptable de l'inacceptable et auxquels il faudrait se conformer ». L'éthique est une réflexion argumentée d'une situation donnée pour savoir bien agir. Il s'agit alors de s'interroger sur la morale. Spinoza (1667) rappelle que « chacun a jugé des choses d'après la disposition de son cerveau et a pris pour les choses les affections de son imagination. » Les valeurs et les principes moraux sont alors intrapersonnels et peuvent soit être en accord avec un groupe donné, soit être en désaccord. L'éthique est donc un concept qui répond à une situation, pour en juger la bonne pratique.

« L'absence d'unanimité en matière morale et religieuse aboutit à la perte de références communes, et donc ajoute à la difficulté d'aborder sereinement et efficacement ces problèmes. » (Valadier, 2019) Il apparaît alors que cette différence morale, liée à différents facteurs (culture, environnement social, etc) est un point qui appelle à la discussion, et pose alors l'éthique au centre d'une réponse à apporter à un problème donné.

L'hypothèse qu'une action jugée immorale dans sa définition devienne acceptable dans un cas précis, sous couvert de la bienveillance, de justice et de la protection d'autrui peut être jugée éthique.

En résumé la CEST (2020) explique que l'éthique peut prendre plusieurs formes, de l'éthique normative ou méta-éthique, concernant la philosophie et la moralité, à l'éthique appliquée où il est question d'un travail conjoint autour d'une situation avec des enjeux éthiques. Les éthiques permettent alors de borner les valeurs morales et les actions, dans un but de bien agir.

1.2. Dans le monde (para)-médical

Cependant, l'éthique rapportée au milieu médical diffère légèrement des définitions précédentes. En effet, elle correspond à « l'ensemble des règles de conduite des professionnels de santé vis-à-vis de leurs patients. L'éthique médicale, nécessairement complexe, participe à la fois de la déontologie (ensemble des règles internes à une profession), de la morale et de la science. » (Larousse, s.d.)

Dans le soin, qu'il soit médical ou paramédical, l'éthique est au cœur de la pratique du corps soignant. Celui-ci se retrouve souvent concerné par des questionnements éthiques. Dans l'histoire, « les médecins ont commencé à faire appel aux spécialistes de l'éthique dans les années soixante. Mais les racines de la législation en matière d'éthique médicale sont plus anciennes et peuvent être rattachées au code de Nuremberg en 1947. » (Bonnet, 2003)

Bonnet (2003) nous raconte que suite à la seconde guerre mondiale et aux expérimentations faites par les nazis, une protection du patient était nécessaire. Ces recommandations portaient sur le consentement libre et éclairé du patient, au calcul du risque d'un test probable sur la vie du patient, etc. A partir de 1964, « l'Association médicale mondiale (AMM) introduit les principes de base de l'éthique médicale et des recommandations en faveur de la création de comités d'éthique (déclaration d'Helsinki, 1964). ». Cette déclaration met en place les principes d'Helsinki : « porter un regard sur les protocoles de recherche des équipes scientifiques, protéger les patients du pouvoir médical mais aussi les chercheurs de certaines dérives, anticiper les problèmes de société, se faire l'expression d'un « débat-citoyen ». »

1.3. Ethique du care

Delassus (2012) explique que le care est un concept anglosaxon dont la définition se rapproche de prendre soin, se préoccuper, se soucier. Le care consiste donc à porter attention à la vulnérabilité personnelle de chacun et à agir en conséquence, dans l'idée de prendre soin de l'autre. Ce concept change l'angle de travail des professionnels de santé.

Du concept de cure, axé sur la guérison de la maladie (le curatif), le corps médical passe à une approche du care, axée sur la personne. Rothier Bautzer (2013) précise que les deux n'en restent pas moins indissociables, offrant sa complexité au métier de soignant.

D'après Delassus (2012), le milieu médical parle de nos jours de l'éthique du care. Elle « se veut plus contextualiste ». Elle met en avant « la notion de vulnérabilité qu'elle considère comme l'une des caractéristiques essentielles de la condition humaine ». Cet écrit explique que l'éthique du care n'est pas une opposition aux valeurs de l'éthique comme vu historiquement (justice, respect impérieux de la personne, bienveillance), mais qu'elle « définit les conditions de leur effectivité ». (Delassus, 2012)

Le pilier de cette approche est considéré pour beaucoup comme étant Carol Gulligan.

Paperman (2010) raconte que dans *In the Different Voice* de Carol Gulligan, l'auteure analyse et met en rivalité l'éthique de la justice et celle du care, de par leur ressemblance mais aussi leurs différences. L'éthique de la justice se prévaut de principes moraux abstraits outre les convictions morales intra-personnelles. Dans l'éthique du care, il y a aussi le « souci de maintenir la relation lorsque les intérêts et les désirs sont divergents, l'engagement à répondre aux besoins concrets des personnes, les sentiments qui informent la compréhension morale des situations particulières. » (Paperman, 2010). Ce concept de maintien de la relation malgré les points de vue divergents est dit inspiré d'influence féministe puisque basée sur ce qui est reconnu comme des expériences que les femmes vivaient au quotidien (Paperman, 2010). L'éthique du care définit aussi ce qui se situe de la responsabilité : il est du devoir des soignants de « répondre à ce qui a été identifié comme « l'appel » d'autrui. » (Zielinski, 2010). Il n'est alors pas question de se rendre responsable d'une action, mais de reconnaître l'existence de l'autre et de son besoin.

Très présent dans la pratique infirmière, l'éthique du care se retrouve dans toutes les pratiques (para)-médicales.

1.4. Les différences internalisées entre le soignant et le soigné : la réponse de l'éthique dans l'ajustement de la relation

Le soignant, parce que le patient fait appel à lui en le considérant comme "plus puissant" que lui contre la maladie, le met sur un piédestal. De ce fait, le soignant a un ascendant sur le patient. Ce qui permet de remettre la relation à l'horizontale [...] ce sont les obligations éthiques auxquelles le soignant doit se soumettre. (Winckler, 2021)

Dans certains cas, le questionnement éthique est alors un moyen de se réapproprier sa pratique et de prendre du recul sur une situation donnée en se demandant si ce qui a été fait était juste ou s'il a été seulement cru juste. Le professionnel, dans une démarche de remise sur un pied d'égalité, doit s'imprégner de l'éthique et de ce qu'elle représente dans la profession.

2. La contention : un tabou médical en pédiatrie

2.1. Le soin sans consentement

Le soin sans consentement n'est abordé dans la loi que par le biais des soins psychiatriques sans consentement et est régi par la loi du 5 juillet 2011, modifiée le 27 septembre 2013. Il est alors autorisé de prononcer une hospitalisation complète et/ou du soin sans consentement pour une personne qui en aurait besoin.

Pourtant, quelques règles viennent étayer la prise en soin à la suite. En effet, les lois sur le soin sans consentement admettent celui-ci si un médecin émet un certificat médical constatant l'état mental du patient. Celui-ci doit être réitéré dans les 72 heures suivant l'admission. Si les deux certificats (le premier écrit en constatation de l'état mental et le second dans les 72 heures suivantes) sont en accord d'une poursuite de soins psychiatriques, un psychiatre doit écrire un avis motivé avant l'expiration des 72 heures. (Legifrance.gouv, 2011)

Ces pratiques amènent un questionnement de la liberté individuelle de l'individu, définie comme « l'ensemble des droits reconnus aux individus en tant que tels, quels que soient leur pays, leur origine ethnique ou sociale, leur sexe, leurs croyances religieuses ou politiques. » (Larousse, s.d.)

Coldefy, Gandré & Rallo (2022) expliquent qu'en 2012, 80000 patients étaient soignés contre leur gré en France. Pour répondre à ces déficits, les lois concernant la santé mentale promeuvent l'ambition de la bientraitance.

L'IRDES rappelle que « la réduction des pratiques de soins sans consentement, d'isolement et de contention est un des objectifs de la Feuille de route « Santé mentale et psychiatrie » en vigueur dix ans après la loi du 5 juillet 2011 [...] énonçant une volonté d'encadrement et de réduction des pratiques d'isolement et de contention. » mais aussi malgré cette profonde envie de réduire ces pratiques, le nombre de patients concernés par le soin sans consentement et toutes ses dérives augmentent chaque année.

2.2. La contention comme outil de soin sans consentement

Le Larousse offre une définition de la contention comme un « procédé thérapeutique permettant d'immobiliser un membre, de comprimer des tissus ou de protéger un malade agité. »

Dans la loi française, l'article L. 3222-5-1. explique que :

L'isolement et la contention sont des pratiques de dernier recours. Il ne peut y être procédé que pour prévenir un dommage immédiat ou imminent pour le patient ou autrui, sur décision d'un psychiatre, prise pour une durée limitée. Leur mise en œuvre doit faire l'objet d'une surveillance stricte confiée par l'établissement à des professionnels de santé désignés à cette fin.

La contention est donc un moyen thérapeutique pour permettre le soin sans consentement.

La contention est alors à retenir comme un dernier recours à une situation de danger imminent. Coldefy, Gandré, & Rallo (2022) indiquent que « les premières estimations disponibles sur le recours à la contention mécanique font état d'environ 10 000 personnes concernées en 2021, soit plus d'une personne hospitalisée sans son consentement sur dix. »

De plus, en France en 2019, l'utilisation de la contention dans un objectif de soin sur un public pédiatrique est répandue. En effet, une enquête de Lombart et al (2020) a été menée dans un hôpital parisien expliquant que l'incidence de la contention pour des soins infirmiers

sur 212 enfants est d'environ 9%. La contention est utilisée comme moyen thérapeutique pour diverses raisons. Kinoo, & de Keyser (2017), parlent alors de la contention comme moyen d'assurer la sécurité, liée au manque de budget et/ou de soignants mais aussi comme moyen de contenance. Kinoo & Kpadonou-Fioffi (2008) confirment que, « sans doute encore plus fréquent et dangereux, c'est le déficit de capacité de contenance de certains services. »

« Use forceful physical restraint of the child is an ethical challenge since the principles of beneficence, autonomy, and non-maleficence may contradict each other. » (Lombart, De Stefano, Dupont, Nadji & Galinski, 2020)

« Utiliser la contention de l'enfant est un challenge éthique depuis que les principes de bienfaisance, d'autonomie et non malfaisance peuvent contre-indiquer celle-ci. » (traduction libre)

La contention et la recherche de solutions alternatives sont des points importants à réfléchir. Il existe d'ailleurs plusieurs types de contention.

D'après Kinoo & de Keyser (2017), il est décrit la contention sous quatre formes différentes :

- Mécanique : ceinture, sangles, etc.
- Chimique : utilisation de tranquillisants, injections, etc.
- Physique : étreinte ferme d'autrui sur l'enfant au cours d'une crise
- Relationnelle : utilisation de la parole

2.3. Les conséquences de la contention

Kinoo & Kpanodou-Fioffi (2008) précisent que la contention physique, résultant de cette étreinte ferme d'autrui sur l'enfant, permettrait « une fonction de « pare-excitation » (le mot se retrouve déjà chez Freud et désigne la nécessité de pouvoir canaliser un trop plein d'impulsivité), mais aussi une fonction de symbolisation (c'est-à-dire la capacité de mettre du sens sur, dans ce cas-ci, cette impulsivité). » Elle aurait un double-objectif avec la mise en sécurité de l'enfant.

Un article de Carré et al (2017) explique néanmoins que d'après une étude faite sur 29 patients adultes et leur ressenti sur la contention mécanique qu'ils ont vécu à Toulouse, certains d'entre eux ont pu en retirer un aspect positif. En effet, 9 patients de cette étude

expriment un « sentiment de calme, souvent dans un second temps de la contention, perception de la légitimité de l'acte de contention ou moyen de prendre conscience des troubles. »

Cependant, l'auteur dit aussi que « de multiples études mettent en évidence des effets indésirables graves, voire mortels, en lien avec l'utilisation de la contention physique. » Il ajoute que :

Les rares travaux traitant de la perception et du point de vue des patients quant à la contention physique révèlent un vécu majoritairement négatif, peu de ressentis d'apaisement et de sécurité, une reviviscence de scènes traumatisantes et un vécu de punition, d'abus.

La contention inflige aux soignés un panel d'émotions négatives. Les patients rapportent la thématique d'impuissance, avec la perte d'autonomie pour des gestes de la vie quotidienne comme se couvrir, se moucher, etc. De plus, ils ajoutent « des perceptions physiques désagréables dans leur expérience de contention : difficultés à respirer, difficultés à dormir, douleurs, sensation de froid ou de chaud. » Il y a alors cette perception de soumission, avec un « sentiment d'être victime d'irrespect, d'humiliation de la part des soignants. » Cette contention est aussi vue comme une punition, qu'elle soit objective ou subjective. C'est aussi une situation que 9 patients ont évoqué comme un sentiment de rejet et d'abandon de la part de l'équipe soignante.

2.4. La recherche de contenance de l'enfant

Pourtant, certains enfants trouvent une forme de complaisance dans la contention. D'après Kinoo & Kpanodou-Fiossi (2008), une étude réalisée sur des enfants avec un trouble du spectre autistique explique que deux enfants ne « s'apaisaient en revanche lorsqu'ils étaient attachés amplement par un drap, sur leur chaise, au moment des repas par exemple. » Il est alors question d'offrir à l'enfant une contention symbolique, à notion de contenance.

D'autres auteurs expliquent que « la fonction contenante est dite transformatrice par le rôle dynamique et organisateur qu'elle insuffle à l'enfant. » (CNAPE, 2017) Decoopman (2010) rapporte les propos d'Ester Bick avec sa notion de peau psychique expliquant que

le « besoin d'un objet contenant apparaît, dans l'état infantile non intégré, comme la recherche effrénée d'un objet [...] qui peut tenir l'attention, et, de ce fait, être expérimenté, momentanément tout au moins, comme tenant ensemble les parties de la personnalité. »

Pour aller plus loin, Gansel (2019) aborde la notion d'enveloppement. Ce concept (et son synonyme américain *packing*) a été développé dans les années 60-70 par M.A Woodbury. Il y est précisé que « l'enveloppement vise à rassembler le corps du jeune autiste, qui manque de contenance. Il s'agit de lui procurer un sentiment sécurisant d'unité, au lieu de la sensation angoissante d'être en plusieurs morceaux. » (Gansel, 2019) L'enveloppement se réfère à une pratique extrême de la contenance. Beaucoup d'associations d'usagers et de professionnels de santé dans les années 2000 ont dénoncé ces pratiques, qu'ils jugeaient sans fondement scientifique.

De plus, Laura Spinney (2008) expliquait que les thérapies de contenance étaient « une forme d'agression contre quelqu'un qui n'est pas en capacité de répondre ou de se défendre ».

2.5. Les limites de la contenance et les différences avec la contention

Les études se contredisent sur les bienfaits de la contenance et les limites d'utilisation. Spinney (2008), comme vu précédemment, pense qu'il s'agit d'une forme réelle de violence à celui qui ne peut pas s'exprimer.

Il existe alors une conscientisation de la pratique de la contenance, avec comme limite la contention. Pour rappel, cette dernière est régie par des règles strictes pour être observée comme légale. La contention garde une définition péjorative, puisqu'elle engendrait une action non-consentie, où l'enfant n'est pas capable de sortir sans l'aide d'autrui.

« In other publications, authors have used different words than restraint such as supportive holding, clinical holding, therapeutic holdings, restrictive physical intervention, restricting movement, physical holding and immobilization. » (Lombart, De Stefano, Dupont, Nadji & Galinski, 2020)

Dans d'autres publications, les auteurs ont utilisé différents mots pour définir la contention, comme maintien de soutien, maintien clinique, maintiens thérapeutiques,

intervention physique de restriction, mouvement restreint, maintien physique et immobilisation. (Traduction libre)

Lombart et al (2020), racontent que certaines publications cherchent à expliquer la contention sous différents termes. Il s'agit alors de contourner la définition initiale de la contention, moyen thérapeutique pouvant être mis en place selon les situations. Cela relève d'un sentiment de culpabilité. La contention est un sujet tabou, que le milieu hospitalier tente d'éviter. En effet, la contention va à l'encontre de la liberté individuelle puisqu'elle se définit par la privation de celle-ci. L'enfant n'est plus maître de ses choix et il apparaît alors d'autant plus cet écart entre le soignant et le soigné, celui qui a la « position haute » et « la position basse ». (Kinoo & De Keyser, 2017)

Carré (2017) ajoute qu'« aucune étude n'a mis en évidence une efficacité de la mesure de contention physique dans la gestion de l'agitation, notamment par rapport à l'utilisation de la chambre d'isolement ou d'un traitement médicamenteux sédatif. »

3. Le suivi en appareillage de l'ergothérapie

3.1. Le siège moulé rigide

Selon l'HAS (2015), « le siège moulé est une orthèse de maintien en station assise réalisée à partir d'un moulage quelle que soit la technique (bandage plâtré, sac à dépression, captation numérique...). » Celui-ci est composé d'« un dossier et d'une assise, l'un des deux éléments réalisés sur moulage, et composés :

- D'une base rigide moulée ou non,
- D'une mousse fraisée ou non,
- D'un capitonnage lavable, imperméabilisé et anallergisant. »

D'autres pièces peuvent être ajoutées : tête fixe ou réglable, repose-pieds, cale d'abduction, sangles/ceinture, plastron, support roulant, etc.

« Sur prescription médicale, la prise en charge de siège moulé est assurée dans la limite d'une attribution tous les ans pour une personne de moins de 18 ans. » (HAS, 2015)

Certaines personnes peuvent obtenir deux sièges moulés. L'HAS (2015) explique que :

Deux exceptions sont faites dans le cas des sièges moulés : chez les enfants de moins de 18 ans et chez les adultes fragiles poly-pathologiques de plus de 75 ans. Le groupe de travail propose que la prise en charge d'un second siège moulé puisse être possible.

Ces exceptions sont discutées collégialement et mises en place à titre exceptionnel (HAS, 2015).

Dans une prise en soin avec un siège moulé, l'HAS (2015) ajoute que la fabrication et l'essai peuvent être demandés par l'équipe pluridisciplinaire. Les différentes modifications seront à faire avant la livraison. Il y a alors un premier rendez-vous pour préconiser le siège moulé avec les différentes mesures, un second pour l'essai et un dernier pour la livraison. Les situations où il y a plusieurs essais doivent rester exceptionnelles. Le renouvellement reste aussi pris en charge selon plusieurs critères : « si le produit est hors d'usage, reconnu irréparable ou inadapté à l'état du patient », « pour les produits dont la durée normale d'utilisation est fixée par l'arrêté d'inscription, lorsque cette durée est écoulée » (HAS, 2015). Les mousses et les housses d'assises et de dossier ont le droit à un renouvellement par an.

3.2. L'ergothérapie et le siège moulé

L'ergothérapeute a une place de choix dans la mise en place du corset-siège (appelé aujourd'hui siège moulé). Avec les compétences acquises lors de la formation initiale, il est à même de comprendre le besoin et d'y répondre par des aides techniques. Le siège moulé fait partie du matériel que l'ergothérapeute peut prescrire depuis la loi n° 2021-502 du 26 avril 2021 visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification

Selon le CNPE (2023) la prescription se définit « comme un acte réglementaire défini pour certaines professions. »

A la suite de la loi, l'article D. 4331-1-1 du CSP explique que :

Dans le cadre de la réalisation d'actes professionnels d'ergothérapie prescrits par un médecin, l'ergothérapeute est habilité à prescrire, sauf indication contraire du médecin, les dispositifs médicaux et aides techniques dont la liste est fixée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, pris après avis de l'Académie nationale de médecine. (Legifrance, 2023)

L'HAS admet que « les conditions de prescriptions proposées sont celles proposées pour les véhicules pour personnes handicapées (VPH), les produits d'assistance pour la posture et les sièges modulables et évolutifs ». Parmi la liste des aides techniques que l'ergothérapeute peut prescrire, il y a « sièges pouvant être adaptés sur un châssis à roulettes » et « véhicules pour personnes en situation de handicap, leurs éventuelles adjonctions, et les produits d'aides à la posture » pouvant correspondre à la prescription des sièges moulés.

3.3. Le siège moulé dans la prise en soin

Luc-Pupat et al (2017) ajoutent que « les objectifs de préconisation de matériel de positionnement doivent être les suivants : garantir le confort de l'enfant, favoriser son éveil et son développement, faciliter le quotidien de la famille, et inclure une prévention des déformations orthopédiques. »

Il est donc à noter qu'il n'y a pas qu'une question de prévention des déformations orthopédiques/ déficits posturaux dans la mise en place du matériel de positionnement dont fait partie le siège moulé. Pourtant, les recommandations de bonnes pratiques concernant ceux-ci sont très précises sur les raisons de leur prescription. L'HAS (2015) explique que « l'indication est la déficience grave de la station assise d'origine neurologique, orthopédique ou congénitale. » L'objectif des sièges moulés est alors de répondre à ces difficultés posturales, chez l'enfant comme chez l'adulte.

Le Ministère de la Santé publique (2020) précise pour autant qu'« il n'est pas envisageable de « figer » une personne tout au long de la journée dans la même position dans un siège moulé, ce qui en plus est physiquement insupportable. » Il ajoute alors que « cet usage n'est imaginable qu'en alternance avec des changements de position et avec des moments de liberté motrice sur un plan sécurisé, comme un tapis au sol. » Il peut alors être vu de l'ordre de la contention que de laisser un enfant dans le siège moulé.

En résumé, le siège moulé n'est prescrit que pour les déficits tonico-posturaux et pour prévenir/limiter les déformations orthopédiques.

4. Les pathologies

4.1. Gibbosité et scoliose idiopathique de l'enfant

4.1.1. La gibbosité

Une gibbosité est une « difformité causée par une déviation de l'épine dorsale ou une saillie anormale de la cage thoracique, provoquant une bosse. » (CNRTL, 2023)

Peyrou & Mouliès (2012) expliquent que l'apparition est insidieuse dans la première enfance avec une gibbosité souvent thoraco-lombaire ou lombaire gauche, plus rarement thoracique.

C'est notamment un signe de scoliose idiopathique de l'enfant.

4.1.2. La scoliose idiopathique de l'enfant

Pessler (2022) explique que « la scoliose idiopathique est la plus fréquente des scolioses, présente chez 2 à 4% des jeunes de 10 à 16 ans. Garçons et filles sont également affectés ; cependant, le risque d'aggravation nécessitant un traitement est 10 fois plus élevé chez les filles. »

La scoliose est susceptible d'entraîner des déficiences, des incapacités et donc un handicap avec une dégradation de la qualité de vie. (HAS, 2006)

Une scoliose qui évolue négativement nécessite un traitement.

L'HAS (2006) indique qu'il existe 3 types de traitements :

- Traitement de kinésithérapie
- Traitement orthopédique (plâtre, corset (rigide ou souple ...)
- Traitement chirurgical

« Le traitement orthopédique, en général associé à la kinésithérapie, est mis en œuvre quand la kinésithérapie seule n'est pas suffisante. » (HAS, 2006). Il diffère selon plusieurs critères : âge de l'enfant, type de courbure, angulation, évolutivité, contexte familial et coopération de l'enfant. L'HAS (2006) précise de plus que si « l'évolution continue, malgré un traitement orthopédique, un traitement chirurgical peut être envisagé. »

4.2. Le trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité

4.2.1. Définition

Le trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité est « un trouble du neurodéveloppement qui démarre à l'enfance et se manifeste par des niveaux élevés d'inattentions et/ou d'hyperactivité et d'impulsivité inappropriés. » (INSERM, 2022)

Albaret et al (2011) expliquent que le TDAH est considéré comme un handicap cognitif et relationnel persistant, et parfois sévère. Cette maladie est caractérisée par une triade symptomatique : agitation motrice, impulsivité et trouble de l'attention. Ces symptômes sont des facteurs obstacles à la mise en place des activités de la vie quotidienne.

Bange et Vieyra (2014) ajoutent que ce trouble est recensé dans l'American Psychiatric Association (DSM-V), et est donc une pathologie reconnue et diagnostiquée selon des grilles d'évaluation mais aussi dans la classification internationale des maladies de l'OMS (CIM- 11). Christine (2021) écrit de plus que le TDAH n'est cependant plus classé par les troubles psychiatriques, mais parmi les troubles neurodéveloppementaux. Le DSM-5-TR (2023) confirme ce changement important dans la nomenclature. Ainsi la mise en place de la Stratégie Nationale 2023 pour les troubles neurodéveloppementaux concerne aussi le TDAH. Elle porte des améliorations dans différents domaines, dont la rapidité de diagnostic et la réponse aux besoins de chacun.

En France, l'HAS (2015) recense que :

- 5 à 5,6 % des enfants scolarisés souffriraient de TDAH
- L'âge moyen du diagnostic du TDAH se situe entre 9 et 10 ans
- La répartition des 3 symptômes chez les enfants diagnostiqués :
 - Trouble de l'attention (environ 47%)
 - Hyperactivité/impulsivité (environ 36%)
 - Associant les 3 (environ 17%)

Le TDAH est une pathologie avec de nombreuses comorbidités. Laporte (2020) rappelle que la comorbidité la plus fréquente est la présence d'un trouble Oppositionnel avec

Provocation (TOP). D'autres pathologies concomitantes peuvent être présentes, comme le Trouble des Conduites (TC) ou des troubles anxieux et/ou dépressifs.

Le TDAH est un trouble où il n'y a aucune possibilité de guérison. Le corps médical tentera alors d'amoindrir les symptômes. Pour cela, il existe plusieurs traitements.

La CNAM (2023) précise qu'en premier lieu, il est toujours mis en place un traitement non-médicamenteux. Lambez et al (2019), dans leur étude, révèlent qu'il peut être mis en place des prises en soin diététiques, de la méditation, de la remédiation cognitive, de la rééducation (ergothérapie, orthophonie et psychomotricité (Ameli, 2023)), stimulation non-invasive du cerveau, thérapie familiale, etc., dans toutes les sphères de la vie de la personne (psychologique, physique, social, etc.) Cette étude a compilé la littérature sur les effets neuropsychologiques des interventions non-médicamenteuses entre 1980 et 2017 et conclue sur les effets positifs des interventions comportementales pour des personnes avec un TDAH.

Cependant, si les différentes prises en soin non-médicamenteuses ne fonctionnent pas, il y a alors la mise en place d'un traitement médicamenteux.

« Les médicaments ne sont recommandés qu'en cas d'insuffisance ou d'échec de la psychothérapie, des mesures éducatives et sociales chez l'enfant de plus de 6 ans. » (Ameli, 2023). Il peut alors être mis en place un traitement chimique à base de méthylphénidate. 83% des personnes utilisant ce traitement sont âgées de moins de 20 ans. (HAS, 2015) Carton (2019) ajoute que « chez l'enfant, le méthylphénidate est le seul traitement disposant actuellement d'une AMM en France dans la prise en charge du TDAH. »

4.2.2. Les comportements-problèmes

L'HAS (2016, mis à jour 2018) retient que les « comportements-problèmes » s'appliquent à « des manifestations dont la sévérité, l'intensité et la répétition sont telles que ces comportements génèrent des gênes très importantes pour la personne elle-même et pour autrui, de nature à bouleverser durablement sa vie quotidienne et celle de son entourage. » Il est ajouté qu'il y a des répercussions importantes dans la vie quotidienne, sur la qualité de vie, la santé physique, psychologique et sociale. Les incidences sont diverses et peuvent prendre plusieurs formes : l'automutilation, l'hétéro-agressivité, la destruction de

l'environnement matériel, les conduites sociales inadaptées, les troubles alimentaires, les conduites d'autostimulation.

Ces incidences sont aussi présentes chez les enfants avec un TDAH par la présence de la triade symptomatique de la pathologie mais aussi avec les comorbidités comme le TOP. (Cf 2.a.) En effet, le site Ameli (2023) précise que « le TDAH finit toujours par perturber de façon importante la vie sociale, familiale et scolaire. En collectivité notamment, l'enfant est très vite débordé : il désobéit, devient brusque et colérique... ».

4.2.3. Ergothérapie et appareillage pour les troubles du comportement

Le siège moulé n'est prescrit que pour une problématique orthopédique. (HAS, 2015) Pourtant, il existe aussi un retentissement sur les troubles du comportement. De Las Haras & Soudrie (2016), expliquent pour un enfant polyhandicapé avec un TSA sur le sujet des comportements-problèmes que « l'installation en corset siège a été déterminante quant à son impact sur le comportement. [...] Le corset siège suffisamment contenant créé une enveloppe solide, rassurante. » En effet, « installé sur une base roulante cela a permis à certains de participer à des ateliers, d'être stimulé, de découvrir le monde extérieur, nous avons vu des résidents s'épanouir, sourire, vocaliser et pour tous la preuve que rien n'est jamais fixé. »

Le siège moulé a pu impacter directement les troubles du comportement et les amoindrir par sa capacité contenante. Ce n'est pourtant pas l'usage des recommandations de bonne pratique ni l'objectif premier du siège moulé. (HAS, 2015)

4.3. Les troubles tonico-posturaux

4.3.1. Définition

Les troubles tonico-posturaux se définissent comme « étant la difficulté à maintenir un contrôle suffisant de son corps au repos ou lors de l'accomplissement d'une tâche motrice. » (Miller, Anzalone, Lane, Cermak & Osten, 2007.)

Appelés troubles tonico-posturaux, il existe pourtant une différence entre la définition du tonus et celle de la posture. Il est entendu par tonus un « état de contraction légère et permanente des muscles striés, assurant l'équilibre du corps au repos et le maintien des attitudes, contrôlés par des centres cérébraux et cérébelleux ». (CNRTL, 2023) La posture est

définie quant à elle en médecine par une « attitude définie en fonction de la disposition des différents segments corporels les uns par rapport aux autres à un moment donné, en corrélation avec la morphologie générale de l'individu et la nécessité de la résistance antigravitaire. » (Académie de médecine, 2023)

Elles restent cependant intrinsèquement reliées. En effet, on nomme tonus postural « la composante du tonus musculaire qui est responsable de la position des segments corporels et des mouvements segmentaires ou globaux dans le maintien et le rétablissement des attitudes contre l'action de pesanteur. » (CNRTL, 2023)

Des troubles posturaux peuvent se retrouver chez les enfants avec un trouble neurodéveloppemental.

4.3.2. Posture et contrôle postural

Assaiante (2011) définit que « la posture sert de cadre de référence pour organiser efficacement le mouvement. » Le contrôle postural est alors essentiel à l'utilisation du mouvement au quotidien. Elle ajoute que « toute action peut s'organiser à partir de deux principaux référentiels stables » qui émet l'idée qu'il « s'agit soit du support sur lequel se tient le sujet, soit de la verticale gravitaire. » La personne « se réfère principalement à la proprioception et aux informations cutanées en provenance des effecteurs » pour contrôler la posture. L'auteure explique alors que le contrôle postural est lié à la tête. C'est « le segment porteur des capteurs visuels et vestibulaires, qui sont tous deux particulièrement impliqués dans le contrôle de l'équilibre. » En effet, « au cours de l'ontogenèse, le tronc constitue le référentiel de base pour organiser le contrôle postural tant au niveau de l'équilibre, qu'au niveau de l'organisation dans de nombreuses actions de la vie quotidienne ». (Assaiante, 1998)

En résumé, Assaiante (2017) rapporte que :

Le développement de l'action et des représentations de l'action au cours de l'enfance et de l'adolescence sont en faveur de la possibilité de référentiels stables multiples qui agissent en alternance ou de concert, en association avec un fonctionnement en bloc ou articulé des différents segments corporels pour permettre l'organisation spatiale et temporelle la plus efficace du contrôle postural au cours de l'action.

Une étude menée par Serafpour (2018) part du postulat que la différence dans la stabilité posturale et donc du contrôle postural chez les enfants TDAH et celle chez les enfants dont le développement est considéré comme normal est encore très incompris. Elle compare alors celle des enfants avec un TDAH, celle des enfants dits « normaux » et celle des enfants avec un TDAH et un traitement au méthylphénidate.

L'auteur pense alors qu'il est important de comprendre l'impact d'un traitement, censé améliorer les symptômes du TDAH, sur les performances déjà potentiellement plus basses que la moyenne de l'enfant avec un TDAH.

L'outil que les auteurs utilisent montre une différence dans le contrôle postural chez les enfants TDAH comparé au contrôle postural chez les enfants ordinaires et concluent sur une amélioration de la performance dans la stabilité posturale chez l'enfant médiqué (méthylphénidate), revenant aux mêmes résultats que les enfants avec un développement normal. Les résultats semblent cependant indiquer un besoin d'autres études et d'une littérature plus claire sur le sujet pour comprendre l'implication du TDAH dans le contrôle postural.

De nombreux autres auteurs font le constat de difficultés de contrôle postural chez les sujets présentant un TDAH. Jansen et al (2019), par exemple, confirment par son étude que les personnes avec cette pathologie ont un déficit postural avec une déficience dans la stabilité, dans le comportement sensori-moteur à long terme, qu'il précise comme logique par rapport aux concepts d'impulsivité et d'hyperactivité.

4.3.3. Posture et émotions

Berthoz (2017) montre que « la posture n'est pas seulement le maintien de l'équilibre, elle est aussi l'expression des émotions »

Lelard (2017) précise qu'il existe une corrélation entre les émotions et le contrôle postural. Les émotions ont une influence majeure sur l'état tonique d'un sujet. Il reprend les recherches de Darwin qui impliquaient les émotions dans un processus « d'adaptation de la réponse comportementale en fonction du contexte environnemental qui avait créé cette émotion. »

Un TDAH implique une impulsivité, et une gestion des émotions compliquée. Le contrôle postural peut alors être une difficulté à prendre en compte dans les différentes prises en soin.

5. L'ergothérapie au cœur de la prévention des risques

5.1. La prévention des risques

La prévention des risques est « l'ensemble des actions, des attitudes et des comportements qui tendent à éviter la survenue des maladies ou de traumatisme ou à maintenir et améliorer la santé. » (RAPPS, 2023)

L'OMS dans sa constitution en 1948, définit 3 niveaux de prévention :

- « Prévention primaire : ensemble des mesures visant à éviter ou réduire la survenue ou l'incidence des maladies, des accidents et des handicaps. ...
- Prévention secondaire : intervention qui cherche à diminuer la prévalence d'une maladie dans une population. ...
- Prévention tertiaire » : réduction des incapacités liées à la maladie. (Ministère de la transformation et de la fonction publique, 2022)

L'ergothérapeute est considéré comme un participant au « repérage des dangers et apprécie les risques pouvant porter atteinte à cette autonomie pour en prévenir la perte » (ANFE, 2018) C'est donc « un acteur clé au sein de l'équipe d'intervenants pour identifier des moyens de maintenir la sécurité et l'intégrité des clients tout en favorisant leur autonomie optimale. » (OEQ, 2006) Il agit « en tant que praticiens des soins primaires ou d'experts en promotion de la santé, en offrant par exemple des services de gestion de cas et de gestion des maladies chroniques, des techniques de prévention des blessures et de l'enseignement aux soignants. » (CAOT, 2017)

5.2. La contention, un risque à prévenir ?

Au Québec,

Il est du ressort de l'ergothérapeute de déterminer si le moyen d'intervention qu'il utilise dans le cadre de son plan d'intervention entrave ou, au contraire, favorise la liberté de mouvement ou l'autonomie de la personne afin de statuer sur le fait qu'il s'agisse ou non d'une mesure de contention. (OEQ, 2006)

L'Ordre des ergothérapeutes du Québec (OEQ, 2006) précise que les mesures de contention incluent « certaines composantes d'un positionnement au fauteuil roulant, les

orthèses, les sangles ou les attaches stabilisant un membre lors d'une activité quotidienne, une table de fauteuil roulant permettant l'utilisation d'un tableau ou d'un appareil de communication. » Il ajoute que pour qu'un programme de prévention et de réduction des mesures de contention puisse être pertinent, le partage des connaissances avec toutes les parties entourant la personne est indispensable. L'ergothérapeute est responsable de ce qu'il transmet. « Il est primordial pour l'ergothérapeute d'informer adéquatement son client et son entourage » (OEQ, 2006), pour prévenir les risques de contention. Hudon et al (2016, cités par Drolet et Maclure, 2016) rappellent pourtant, en contradiction avec les ambitions en santé québécoises qui sont de « réduire substantiellement voire d'éliminer l'utilisation des mesures de contrôle » (OEQ, 2006) que même si l'éducation à l'éthique est obligatoire depuis 2008, peu d'ergothérapeutes ont eu accès à cette formation.

Malgré un accès limité aux connaissances sur l'éthique en ergothérapie, les ergothérapeutes canadiennes se placent à l'encontre de la contention, sous n'importe quelle forme. En effet, Drolet et Maclure (2016) ont pu estimer, auprès d'un public d'ergothérapeutes, la remise en question éthique des valeurs portées par la profession. Celles-ci expliquent que les participantes rapportent « des situations de silences éthiques, c'est-à-dire des situations où des valeurs jugées importantes sont bafouées, mais personne dans le milieu n'aborde la situation ou n'ose en parler. » (Drolet et Maclure, 2016) Les auteurs ajoutent que « plusieurs ergothérapeutes d'expérience mentionnent que les ergothérapeutes évitent parfois les confrontations, n'osent pas manifester leurs désaccords, préférant une attitude conciliante. » (Drolet et Maclure, 2016) Pourtant sur le sujet de la contention, les professionnels arrivent à un accord autour de celle-ci comme « mesures constituant une atteinte à leur dignité en limitant leur liberté, voire leur engagement occupationnel » et qu'il est primordial de « considérer la dignité des patients lorsque des mesures de contention sont envisagées. »

De plus, même au Canada où les programmes de prévention et de réduction des risques de contention sont mis en place par des ergothérapeutes, il n'existe pas de mesures ou de protocoles pour les contentions à la maison ou dans les milieux scolaires. L'Ordre des Ergothérapeutes du Québec (2006) indique que l'ergothérapeute doit discuter avec différentes parties sur la nécessité d'une pratique en dernier recours de la contention et des risques associés.

Actuellement, la littérature française n'est pas enrichie de propos clairs sur la présence de mesures ou de protocoles dans les situations de contention, ni même de la pertinence ou non du rôle de l'ergothérapie dans la prévention spécifique de ces risques.

6. Problématisation

Lombart (2019) dans *Le dilemme de la contention lors des soins en pédiatrie* émet que :

L'idée de "naviguer" entre théorie et pratique suscite la notion de mouvement. En effet, il s'agit de laisser la pensée aller d'une connaissance théorique à son application concrète. Il convient de "délibérer", entre ce qui est possible, préférable et faisable, pour répondre à la diversité des besoins et de leurs manifestations.

L'éthique médicale et les valeurs de bienfaisance emmènent le professionnel à réfléchir son rôle et son action.

L'ergothérapeute est un acteur de la prévention et est soumis, comme tous les professionnels du (para)-médical à une pratique éthique. Il peut alors, pour une situation donnée, en lien avec les recommandations de bonnes pratiques (HAS, 2015) prescrire du matériel comme le siège moulé, avec comme objectif le maintien orthopédique. Cependant, il est à noter que des apports seconds peuvent donner lieu à une utilisation plus précise du matériel. Concernant le siège moulé, il est rapporté un lien non négligeable avec la recherche de contenance et l'apaisement des comportements-problèmes. Si l'utilisation de la contenance peut avoir un impact sur les comportements-problèmes (De Las Haras & Soudrie, 2016), alors il y a une utilisation détournée du matériel au bénéfice du patient. Pourtant, les risques ne sont pas nuls à l'utilisation d'un matériel dans un objectif second (réduction des troubles du comportement).

Une réponse qui devait alors être bénéfique sur les deux plans (orthopédique et comportemental) peut devenir dangereuse pour la santé de la personne. Il est important de mesurer ce risque, de le prévenir, même si l'utilisation officielle ne fait pas cas de cette pratique.

Il est à s'interroger pour l'utilisation d'un siège moulé que la dérive serait d'ordre de contention. En effet, les sangles présentes mais pas fermées systématiquement peuvent représenter un risque important de contention. C'est une réponse qui semble facile, efficace et qui répond à une situation où il y a un manque de contenance humaine.

En tant qu'ergothérapeute, il est à réfléchir comment prévenir ce risque, rester éthique mais répondre aux besoins de la personne et de son entourage.

Néanmoins, il est à noter que « l'état actuel des connaissances éthiques en ergothérapie est plutôt limité. » (Drolet et Maclure, 2016) Il est alors estimé nécessaire de :

Tirer avantage à réfléchir sur les valeurs devant guider la pratique et à échanger sur celle-ci avec les collègues et patients afin que certaines barrières limitant, en tout ou en partie, le respect de ces idéaux phares puissent être levées.

Cependant, Bushby et al (2015, cités par Drolet, Maclure, 2016) rappellent que « le contexte contemporain d'optimisation des soins, les ressources limitées et les pratiques de gestion en santé ne facilitent guère une pratique de la profession en concordance avec plusieurs valeurs estimées importantes par des ergothérapeutes. »

Alors, avec cette recherche de questionnement éthique dans la pratique, il est à se demander si l'utilisation détournée du matériel orthopédique de type siège moulé pour les troubles du comportement est une pratique éthique en ergothérapie. La question s'est déjà posée au Canada, mais n'a pas de réponse précise au cœur des instances françaises.

Comment et sous quelles conditions l'ergothérapeute peut-il limiter les risques de contention abusive auprès des enfants dans un siège moulé en raison de troubles du comportement ?

2^{ème} partie / Partie Méthodologie

1. Les objectifs de la recherche

L'objectif de cette recherche est d'identifier comment l'ergothérapie répond aux risques éthiques de la contention abusive de l'enfant dans un siège moulé pour des raisons de troubles de comportement. Il est alors question de connaître l'action préventive par le questionnement éthique de l'ergothérapeute en comprenant le contexte et les conditions de pratique. Secondairement à cet objectif, il existe une recherche d'homogénéité de la pratique dans un contexte de terrain face aux contentions abusives, et si elle existe, de comprendre comment fonctionne celle-ci.

2. La démarche d'investigation

2.1. Le type de recherche

Pour poursuivre la démarche de recherche, une investigation exploratoire est nécessaire. Elle suit une méthode de type qualitative, étant donné le nombre réduit des professionnels interrogés (4) mais aussi du fait du choix de l'outil d'investigation. En effet, cet écrit investit la pratique professionnelle personnelle des participants par le recueil de leur expérience et de leur expertise.

2.2. Le choix de la population

2.2.1. Population

L'échantillon choisi pour alimenter la partie exploratoire est composé de trois ergothérapeutes diplômées d'État et d'une enseignante spécialisée. Ces professionnelles travaillent au quotidien dans des structures mûrement réfléchies puisque les conditions se rapprochent de la situation d'appel tout en permettant une pluralité des points de vue. De plus, mettre en avant l'expérience des ergothérapeutes dans le domaine de l'appareillage est crucial pour mettre en lumière leurs compétences et comprendre comment la pratique peut être influencée par l'éthique. Les ergothérapeutes sont les acteurs de la prévention directement concernés par la problématique, il est alors indispensable de les impliquer activement dans la recherche. La vision globale de l'enseignement spécialisé quant à lui

permet de comprendre comment mettre en place les actions de prévention au plus proche des enfants, par les liens différents que peuvent avoir les enseignants spécialisés avec la scolarité.

2.2.2. Critères d'inclusion et de non-inclusion

Dans la réflexion de la recherche de participants, il était nécessaire de mettre en place des critères d'inclusion et de non-inclusion :

Tableau I : Critères d'inclusion et de non-inclusion de la recherche

Critères d'inclusion	Critères de non-inclusion
- Ergothérapeute/ enseignant spécialisé pratiquant en France - Ergothérapeute/ enseignant spécialisé travaillant avec des enfants atteints de TDAH (ou avec des « comportements-problèmes ») - Ergothérapeute/ enseignant spécialisé travaillant auprès d'enfants appareillés (siège moulé) - Ergothérapeute/ enseignant spécialisé expérimenté avec le public cible - Ergothérapeute/enseignant spécialisé travaillant en structure médico-sociale ou à l'hôpital public	- Ergothérapeute/ enseignant spécialisé sans expérience avec le public cible - Ergothérapeute/ enseignant spécialisé en libéral

2.3. L'outil d'investigation

L'outil d'investigation choisi pour mener cette étude est l'entretien individuel semi-directif. Il permet d'avoir le point de vue et la pratique personnelle des professionnels pour en comprendre les actions. Deux grilles d'entretiens ont été créées puisqu'il y a deux professions interrogées : l'ergothérapie ainsi que l'enseignement spécialisé.

Pour mener à bien l'entretien, deux guides d'entretien (Cf annexes A et B) ont été créés. Ceux-ci reprennent les points essentiels de la partie théorique pour obtenir des réponses sur l'utilisation de ces données sur le terrain sous la forme de thématique. Il y en a 5 à la suite d'une consigne de départ :

- La pratique en ergothérapie dans le contexte de travail (consigne de départ)
- La place de l'éthique dans la pratique de l'ergothérapie
- La contenance et ses dérives : la contention
- L'utilisation détournée du matériel orthopédique
- Le TDAH et les troubles du comportement associés
- L'action de l'ergothérapeute à la limitation des risques : la prévention primaire

2.4. Méthode de traitement et d'analyse des données

Suite aux entretiens menés, une retranscription complète de ces derniers sera réalisée. Les données seront ensuite analysées à l'aide d'une grille d'analyse (cf annexe C), permettant de comparer les entretiens et d'explorer les différentes perspectives sur les thèmes abordés. Chaque participant sera identifié par un pseudonyme : les ergothérapeutes seront désignés par E1, E2 et E3, tandis que l'enseignante spécialisée sera désignée par ES1. Le contenu de chaque entretien sera ensuite organisé selon les thèmes de la trame d'entretien afin d'obtenir une vue d'ensemble de chaque partie et de les analyser.

2.5. Aspects éthiques

Pour assurer une recherche exploratoire aux normes juridiques correspondant à la loi Jardé de 2017, des critères éthiques se sont imposés :

- l'anonymat ainsi que la confidentialité des personnes interrogées sont protégés.
- le volontariat des personnes interrogées est certifié.
- les entretiens seront enregistrés, retranscrits puis détruits.
- le formulaire de consentement sera approuvé et signé par les parties concernées (cf annexe D). Celui-ci reprendra le cadre de l'étude et assurera l'anonymat des participants.

3. Contraintes prévisionnelles de l'étude

Il existe dans cette étude des contraintes prévisionnelles. La faisabilité de la recherche exploratoire a été une contrainte à prendre en compte. En effet, dans la situation d'appel, le lieu est très spécifique, rendant le choix des participants plus difficile. De plus, le sujet aborde un tabou en pédiatrie et peut mettre mal à l'aise les professionnels. Il est à ajouter qu'un siège moulé est, dans la loi, installé pour des personnes ayant des troubles orthopédiques et posturaux : il faut alors traiter le sujet de l'utilisation détournée du matériel orthopédique, qui n'est pas référencée dans les stratégies de prise en soin par siège moulé.

3^{ème} partie / Résultats & Analyse

1. Retours sur les entretiens

1.1. La présentation des personnes interrogées

Tableau 1 : Les caractéristiques des participantes

	E1	E2	E3	ES1
Etablissement d'exercice	EAP, IME, pouponnière de l'ASE	IME, (SESSAD)*	CAMSP, (IMP)*	Service d'évaluation pédiatrique
Ancienneté dans la structure	7 mois	6 mois	12 ans	2 ans
Année du diplôme	2021	2009	X	X

*Les lieux susmentionnés sont à titre indicatif mais ne sont pas ceux sur lesquels les participantes ont été interrogées.

Chaque participante a un parcours personnel différent et enrichissant pour la recherche. E2 a concentré son travail exclusivement sur un public pédiatrique depuis son diplôme. E1 a une expérience humanitaire auprès d'enfants, ce qui lui a permis de côtoyer tout type de handicap moteur. Par la suite, elle a aussi travaillé en SESSAD. E3 occupe son poste depuis une douzaine d'années. Les trois ergothérapeutes sont très compétentes dans le domaine pédiatrique de par leur expérience. Toutefois, les spécificités du public pédiatrique sont différentes selon les lieux de pratique : E1 et E2 se spécialisent dans l'accompagnement des

enfants polyhandicapés présentant des besoins spécifiques et des « comportements-problèmes ». E3 a une pratique liée à des maladies comme la paralysie cérébrale, le TSA mais aussi les troubles non diagnostiqués dont les troubles attentionnels et/ou de comportement. ES1 ne travaille ponctuellement qu'avec des enfants dont le trouble se trouve au niveau orthopédique ou postural. Les troubles de l'attention et les troubles du comportement ne sont que des comorbidités pouvant être associés. Auparavant, elle se chargeait de la formation des AESH.

1.2. Les facteurs favorisant ou limitant le contexte d'investigation

Tous les entretiens se sont déroulés en visioconférence, avec à la fois le son et la caméra activés. Certains d'entre eux, avec E1 et E3, ont été perturbés par des problèmes de connexion internet, entraînant des coupures dans la parole des participantes. Cela a pu affecter la fluidité des échanges et occasionner des moments de silence lorsque le sujet ne s'y prêtait pas. Certaines questions posées ont pu constituer un obstacle, abordant des tabous en pédiatrie que l'une des participantes a pu qualifier de « **touchy** ».

De plus, la grille d'entretien avait une fluidité induite par la lecture de la partie théorique. Sans cette lecture, les questions manquaient de précision et de contexte, offrant parfois une large possibilité de réponses face aux attendus. Certains sous-thèmes peuvent aussi se recouper et ne permettent pas une lisibilité des données dans la grille d'analyse. Plusieurs citations pouvaient aussi correspondre à plusieurs sous-thèmes.

2. Résultats par thématique

Les résultats sont basés sur une analyse thématique. Les différents thèmes sont les mêmes présents dans la grille d'analyse.

2.1. La contenance et ses dérivées : la contention

2.1.1. L'utilisation thérapeutique de la contenance

Dans la globalité, les professionnels de santé parlent de la contenance comme un outil utile selon les besoins de l'enfant. Il existe dans la pratique plusieurs matériaux pouvant être utilisés dans une visée de contenance. E2 parle de « **combinaison de plongée** » pour une recherche de sensorialité tactile ou de « **couverture lestée** ».

La contenance peut aussi être un objectif dans la mise en place de l'appareillage. E3 explique qu'elle a pu faire « **des choses qui sont très épaisses en termes de mousse, [...] des choses très contenant** » qui essaient « **de les envelopper un peu comme... On est sur du... de l'œuf** » en affirmant savoir « **que ça marche, ça les apaise très vite** ». E1 et E2 peuvent néanmoins émettre un doute sur l'idée que l'appareillage, plus précisément le siège moulé, puisse avoir cet effet contenant et l'abaissement des comportements-problèmes par la présence de l'appareillage. E1 explique qu'elle « **ne sait pas si c'est vraiment le corset-siège qui fait effet ou si c'est une autre chose** » et E2 est d'accord en ajoutant que « **le lien [...] entre la contenance et le comportement-problème** » elle n'est « **pas sûre qu'il y en existe tant que ça.** »

Le choix de la contenance est dicté selon les ergothérapeutes par l'activité. En effet, E1 exprime qu'en plus du calme offert par la contenance, il y a une meilleure gestion de l'environnement, notamment à l'école.

De plus, dans les discours des professionnelles de santé, il est évoqué la contenance par les matériaux, par l'appareillage, mais aussi la contenance physique par l'humain. Selon ES1, « **la contenance physique, c'est vraiment la dernière des choses à faire et que pour pouvoir la faire, il faut être en capacité de le faire** » et « **qu'il fallait être soi-même suffisamment apaisé pour pouvoir être apaisant pour l'enfant.** »

2.1.2. Les limites de la contenance

La contenance est utilisée par toutes les professionnelles dans leur pratique. Cependant, pour permettre une utilisation pertinente, elles définissent les limites de celle-ci. Pour E3 et ES1, il y a une dimension très personnelle de son ressenti. Les limites peuvent donc être très différentes selon les personnes qui se trouvent face à une situation de contenance importante. E2 explique que « **la contenance [...] va être en effet sur des choses qui viennent renforcer les sensations corporelles et englober, et cetera... Mais [...] pas sur quelque chose qui vient limiter.** »

2.1.3. La contention

E1 définit

La contention, comme on l'entend, en centre de rééducation ou autre, dans un centre de santé, c'est-à-dire dès qu'on attache quelqu'un, il faut se justifier. Déjà, de toute façon, nous, on est

soumis à des règles de prescription médicale. On n'attache pas un enfant parce qu'on en a envie, on le fait parce qu'il y a un avis médical qui le préconise.

Toutes les professionnelles de santé sont d'accord pour la définir selon la prescription médicale, sous l'autorité d'un médecin prescripteur.

Celle-ci peut être utilisée dans le soin. E2 explique que l'un des jeunes qu'elle suit a besoin d'être contentonné à son lit pour s'endormir. L'entrave que représentent les sangles est la seule chose qui l'aide à s'endormir. La contention est connue et reste néanmoins encadrée. E3 amène aussi un exemple d'utilisation de la contention dans le cas d'automutilation au visage.

ES1 ajoute que la contention a soulevé des questionnements à son arrivée dans sa structure de travail actuelle puisqu'elle ne « **connaissai[t] pas l'utilisation de... De ces corsets-sièges** » avec la présence des sangles.

2.2. Le TDAH et les troubles du comportement associés

2.2.1. Les troubles posturaux sont-ils liés aux comportements-problèmes et/ou aux troubles attentionnels ?

La question ne semble pas claire dans la pratique des ergothérapeutes encore aujourd'hui. E3 exprime cependant qu'elle a pu demander l'avis du médecin MPR sur une situation pour un jeune avec des troubles posturaux liés à des comportements-problèmes.

2.2.2. La gestion des troubles du comportement : dans quelles situations agit-on ?

Au cours des différents entretiens, nombre d'exemples ont pu être cités pour expliquer des pratiques. Concernant les troubles du comportement, E3 a pu rapporter des besoins de soutien aux troubles du comportement pour obtenir le répit de la mère. Elle estime qu'il y a :

Un lien avec la maman, qui fait que la maman, elle s'en prend clairement plein la figure, pour parler poliment. Et il faut la soulager, et il faut qu'elle puisse, à un moment, s'occuper [...] des autres personnes de la famille.

Aider la famille à gérer les troubles du comportement est donc aussi une prérogative qui peut mener à un soutien ergothérapique.

E1 rapporte des problématiques de déambulation dont les équipes ont pu se plaindre. Les temps de repas peuvent être des temps difficiles pour les équipes du fait de l'agitation motrice de certains enfants. Elle a pu évoquer « **des demandes d'équipe qui m'ont dit qu'il faut absolument attacher l'enfant pendant qu'il mange parce qu'il ne reste pas assis. »**

Il existe de plus, comme le souligne E1, une violence due à des troubles du comportement entre pairs. En institution, il n'est pas rare de devoir intervenir sur des situations de violence pour tenter de les comprendre et de les apaiser.

Enfin, concernant les troubles attentionnels, ES1 met l'accent sur une donnée intéressante. En effet, elle exprime que son travail la met en lien avec l'école et que les questionnements autour de l'agitation sont nombreux. Les enseignants essaient de comprendre « **qu'est-ce qu'on met derrière, qu'est-ce que ça veut dire** ». Une enseignante a pu lui exprimer que « **Finalement, [elle] croit que dans toute [sa] classe, [elle] n'a que des enfants qui bougent** ».

E3 apporte aussi des situations de classe où les troubles attentionnels ont pu être un frein à l'apprentissage, notamment aux premières années d'école, où il peut être visible sur du respect de consignes les difficultés de certains enfants. En effet, en maternelle, il est demandé :

Un minimum de respect des règles de vie en collectivité, ce qui impose des temps où on doit être assis et respecter une consigne. Juste, les premières consignes qu'ils doivent respecter à 3 ans, c'est être assis et écouter. Et ça, quand on a un TDAH à 3 ans ou... Ou d'autres troubles... [...] comportements-problèmes. Eh bien, c'est à ce moment-là que ça jaillit parce qu'ils ne sont pas capables de s'asseoir sur le banc avec les copains en écoutant Maîtresse.

2.2.3. Qui agit sur les troubles du comportement et comment ?

Toutes les professionnelles expliquent que la gestion des troubles du comportement liée à l'apparition de comportements-problèmes se fait en équipe pluridisciplinaire. N'étant pas auprès des jeunes et des enfants au quotidien, elles peuvent ajouter que le nombre d'enfants vus est conséquent par rapport au temps de travail sur place. Elles ne peuvent pas être individuellement sur chaque cas et se reposent donc sur l'équipe. E1 explique que tout le monde « **gère comme [il] peut** ». Elle ajoute que la sécurité est le point important. Dans le cas

de violences hétéro-agressives, il est essentiel de protéger la victime et d'ignorer l'agresseur pour permettre un apaisement global de la situation.

De plus, les ergothérapeutes peuvent pour autant apporter un regard extérieur sur les situations à risque et proposer une réponse en rapport avec l'installation. E1 a pu proposer pour la déambulation lors des repas des sièges adaptés, avec des chaises trip-trap par exemple (cf 2.2.2.). E2 ajoute que son rôle **« c'est d'aller proposer des regards qui peuvent changer, de proposer de regarder, en effet, est-ce que l'environnement a pu avoir un impact sur le comportement, d'observer est-ce que l'action qui a eu lieu avant a un impact sur l'action. »**

L'appui des différents regards de l'équipe pluridisciplinaire a un véritable impact. Elle insiste que **« c'est vraiment l'équipe paramédicale qui porte cette vision là avec chacun un peu de ce qu'on est. »** Elle va **« être en effet très attentive à l'environnement, à la manière dont se déroule l'action »**. E2 précise néanmoins que **« la gestion pure »**, ce n'est pas elle qui gère.

E3 met l'accent sur la communication. Elle participe à la création d'outils qui ont pour objectifs de communiquer et de minorer les troubles du comportement. Elle estime que **« c'est obligatoire »** pour **« tous les niveaux cognitifs »**. Si cela ne marche pas cependant, elle exprime que l'outil qu'elle **« connaît à part la couverture lestée, c'est le corset-siège. »**

2.3. L'utilisation détournée du matériel orthopédique

2.3.1. La mise en place du siège moulé

Le siège moulé est mis en place différemment selon les praticiennes. Les questionnements et les points les plus importants peuvent être différents.

E2 met en avant qu'avant la réalisation corset-siège, il y a :

Une consultation par un médecin MPR. Parce que, déjà, c'est un premier grand appareillage, et du coup, il faut de toute façon une ordonnance MPR. Aussi pour cadrer notre pratique et s'assurer qu'on est sur de la... de la recherche pour accompagner l'autonomie d'un jeune et non pas de la contention pour arrêter des comportements qui nous gênent.

E1 explique que la première chose qu'elle vérifie, c'est **« est-ce qu'il y a vraiment besoin d'un corset siège »**. E3 peut donner l'exemple de la pertinence de la mise en place d'un siège

moulé sur un temps de repas pour un jeune pour éviter à celui-ci de devoir être tenu par ses parents sur les genoux.

E1 et E2 ajoutent que la sécurité et l'autonomie sont des points essentiels quand elles mettent en place du grand appareillage. L'accès par l'enfant au siège moulé, et pouvoir s'installer seul et correctement s'il le peut est fondamental dans la mise en place de ce matériel. E3 met aussi en avant le confort du matériel dans les situations qu'elle a pu connaître.

Concernant les sangles, elles dépendent des besoins de l'enfant. E1 et E2 prennent le parti du « **on attache au minimum, on fait des essais. Et au fur et à mesure, on ajoute si besoin.** » Travaillant toutes deux avec un public polyhandicapé, elles insistent pour la mise en place de la sangle abdominale en systématique chez eux. Cependant, pour les enfants porteurs de TSA par exemple, il n'y a aucune obligation. E3 ajoute qu'elle doit parfois rendre inaccessibles les clips de sangles pour la sécurité des enfants.

Le siège moulé peut être une source d'« **inquiétude pour les enseignants** », indique ES1. « **Ce côté justement sangles, il y a toujours un côté un petit peu impressionnant.** »

Pour être certaines de la pertinence d'un siège moulé, E1 et E2 essaient, dans les limites du possible, de mettre en situation l'enfant pendant les essayages.

2.3.2. Le siège moulé : réponse à des troubles attentionnels et/ou des comportements-problèmes ?

Les troubles de l'attention ou les comportements-problèmes peuvent toucher plusieurs sphères de la vie de l'enfant, notamment à l'école, souligne E3. Elle ajoute qu'elle a pu recevoir des demandes d'enseignantes concernant le positionnement en classe. En effet, elle confirme que « **ça existe les installations pour canaliser l'attention.** » Elle nuance cependant son propos en ajoutant que « **parfois, ça marche. Parfois, ça marche pas** ». E2 confirme cette idée avec un exemple d'une personne qu'elle suit dont la mise en place d'un siège moulé a été une réponse aux comportements-problèmes. Elle dit qu'« **au niveau de l'école, ça a fait vraiment le jour et la nuit** ». La mise en place dans le siège moulé aurait aidé à être plus concentré en classe. ES1 ajoute que la pratique au niveau institutionnel pour les sièges moulés n'est pas de l'ordre de la gestion de troubles du comportement ou des troubles attentionnels. Elle explique n'avoir aucune « **indication à un moment donné qui ont été faites médicalement pour**

introduire un corset-siège [... et] répondre à ce type de problématique en fait. » Cependant, elle admet que **« le corset-siège contribue [...] à l'amélioration des troubles attentionnels »** puisque **« certains enfants peuvent présenter de l'agitation motrice avec ce besoin de bouger en permanence et c'est vrai que le fait d'une installation de qualité va parfois minorer cette agitation motrice ou cette distractibilité par l'environnement. »**

Le quotidien à la maison, ou sur les groupes de vie (comprenant les EAP, IME) est aussi sujet à questionnement autour du positionnement pour calmer les comportements-problèmes. Les temps de repas ont pu être évoqués comme des temps où les jeunes pouvaient avoir une majoration des comportements-problèmes et où une installation adéquate a été demandée à E1. (cf 2.2.2.) E2 réaffirme cette question du positionnement au repas pour un jeune avec des balancements importants au moment du repas. Il est alors un questionnement sensoriel, raconte E2. Elle **« se demandait est-ce que l'intérêt du corset-siège avec vraiment un retour [...] avancé au niveau du buste, permettait d'apporter cette recherche, peut-être qu'il cherchait sur les côtés »** et le résultat est que **« ça n'empêche pas les recherches de balancement, mais ça a l'air de les modérer quand même. »**

Selon E2, le questionnement sur les situations de difficultés sensorielles est un point important, menant à la recherche en collaboration avec la psychomotricienne sur la possibilité de **« retours sensoriels qui permettent d'apaiser certaines situations ou de permettre une meilleure utilisation des compétences motrices sur certains points. »**

Il est à noter que le siège moulé est une réponse à des comportements-problèmes si ceux-ci sont liés à une recherche de sensorialité de l'enfant. En effet E3 montre que **« les enfants qui ont plus une agitation motrice sans troubles sensoriels [...] ça les aide à bien s'asseoir, mais pas plus. »**

Cependant l'utilisation du siège moulé comporte des risques que les ergothérapeutes ont pu définir. Il est important de se questionner sur celui-ci aussi souvent que nécessaire.

2.4. La place de l'éthique dans la pratique de l'ergothérapie

2.4.1. Appropriation de l'analyse de la pratique professionnelle par les ergothérapeutes

En revenant sur leur pratique quotidienne, le travail de questionnement autour des actions menées en ergothérapie reste différent selon les ergothérapeutes.

E1 explique qu'elle recherche les informations auprès de l'équipe, surtout auprès des chefs de service, qui sont responsables et qui sont les premiers contactés par la famille. Elle peut alors les « **interroger et demander comment on peut faire pour respecter l'éthique et le droit de l'enfant à la non-contenance, tout en favorisant sa sécurité et ses besoins, parce que pour certains enfants, on a un besoin de contenance.** » Pour autant, elle exprime être « **plutôt du côté de : au minimum on peut contenir, au mieux c'est.** »

Parfois, pour éviter les débordements ou les actions de maltraitance, les ergothérapeutes expliquent devoir réexpliquer l'utilisation du matériel orthopédique et l'objectif de celui-ci. E1 et E2 expliquent avoir pu être franche avec leurs équipes pour comprendre les demandes et éviter les situations à risque.

E2, qui est sur son poste nouvellement a pu requestionner les installations. Elle compte alors sur les équipes sur les groupes pour l'avertir de possibles difficultés. Elle exprime que « **si le corset-siège répond à un « besoin » [...] et que le besoin est toujours existant** », elle n'en « **entend pas parler** ».

E3 tient à garder de la bienveillance avec les enfants. Elle exprime d'ailleurs qu'elle s'adaptera à une situation quelle qu'elle soit, tant que ça « **limite quelque chose qui pourrait être dangereux pour lui, pour moi** », elle ajoute que « **ça rentre dans [son] éthique.** » Si la situation glisse vers la maltraitance cependant, elle en convient que c'est sûrement « **parce que les outils sont, soit pas pertinents, soit mal utilisés, ou vraiment qu'on a des grosses situations familiales avec de la maltraitance** » et elle répond par le relais à ses collègues psychologues.

2.4.2. La contention des enfants dans les sièges moulés pour cause de troubles attentionnels et/ou comportements-problèmes

E1 et E2 n'ont pas exprimé de situation à risque de contention dans le siège moulé. Cependant, E2 évoque une demande faite par les équipes qui ont « **demandé d'accrocher un corset-siège au mur** » pour un jeune.

Elle explique qu'« **accrocher un gamin à un corset-siège, ça détournera un problème sur autre chose** » et que « **c'est pas un objectif pour le jeune, ça n'a rien d'intéressant pour lui.** » C'était un non catégorique.

E3 reconnaît avoir pu assister à une forme de contention dans le siège moulé pour des enfants avec des troubles du comportement. Elle explique qu'il lui est « **arrivé de voir certaines maîtresses [...] qui étaient au bout du bout du rouleau, et [...] qui ont mis de côté des enfants dans des sièges pour des raisons qui n'étaient pas tout à fait pédagogiques.** »

Pour répondre à cette situation, E3 a pu compter sur l'équipe pluridisciplinaire et a pu demander la présence du psychologue ou du neuropsychologue sur le prochain rendez-vous. De plus, elle évoque enlever l'installation assise.

ES1 rapporte qu'elle a « **découvert en discutant avec les enfants et puis éventuellement avec les ergothérapeutes, c'est que finalement, l'enfant, même si ça [...] lui est imposé ce corset-siège, [...] était assez autonome dans l'accès à ce siège.** » L'autonomie de l'accès à ce siège ou la possibilité de compter sur les AESH à l'école pour l'utilisation des sangles explique que ES1 ne reçoit aucune plainte de contention.

Bien que la contention dans un dispositif médical comme le siège moulé n'ait pas été remarquée dans toutes les pratiques des ergothérapeutes, la contention en elle-même, dans d'autres assises, comme E1 l'explique. Elle raconte qu'elle a pu assister à la contention dans des réhausseurs pour les repas ou dans des fauteuils confort pour les temps de repos.

2.5. L'action de l'ergothérapeute à la limitation des risques : la prévention primaire

2.5.1. Les actions de prévention par les ergothérapeutes

La prévention et les questions autour de celle-ci sont encore floues autour de la contention, il n'existe pas de protocole spécifique, et chacune fait avec ce qu'elle peut. Des idées émergent pourtant des ergothérapeutes. E1 parle de mise en situation autour de la compréhension de l'impact de la contention chez les enfants par les professionnels de santé. Elle exprime l'idée de « **faire essayer à tous les pro[fessionnels] de savoir ce que c'est d'être contenus et de ne pas pouvoir bouger comme on le souhaite et de ne pas être entendus** »

en lien avec le manque de communication de certains jeunes, contenus et/ou contentonnés à leur insu.

Elle ajoute ensuite qu'elle aimerait aussi pouvoir mettre en place de la formation, non pas sur la contention mais en lien avec la PRAP, sur beaucoup de points qui posent problème dans l'établissement. Malheureusement, elle raconte aussi les difficultés de recevoir une réponse de sa direction, alors même qu'elle le ferait sur son temps de travail et qu'elle ne serait pas payée plus.

E1 et E2 confrontent aussi les équipes selon les demandes, sans hésiter à rappeler que la contention sans prescription est un risque pénal. E2 explique qu'elle refuse catégoriquement la contention ou la contenance si elle n'a pas d'objectif pour le jeune.

E1 rappelle avant tout que sa pratique est guidée par un critère primordial : la sécurité de l'enfant. Elle dit que **« le critère que j'utilise le plus, même aujourd'hui et je crois tout le reste de ma carrière, ce sera vraiment la sécurité des enfants parce qu'on n'est jamais trop prudent »**. Les actions pour garantir cette sécurité peuvent prendre plusieurs formes. E2 montre que sa présence doit être en amont du sujet, pour pouvoir se positionner **« sur des grilles d'observation avant, et sur des grilles d'observation après, pour venir voir ce qui fonctionne »**. E3 insiste sur les outils de communication, indispensables selon elle pour comprendre et éviter les comportements d'agressivité, surtout à l'école auprès des AESH ou des maîtresses. Elle tient aussi à mettre dans la boucle toute l'équipe pluridisciplinaire.

2.5.2. La collégialité

La collégialité est un point abordé par toutes les participantes comme une réponse aux questionnements autour de la contention chez l'enfant. E3 explique que quand une situation pose question, l'équipe pluridisciplinaire se réunit pour informer, expliquer, et parfois trouver des solutions ou se mettre d'accord sur les personnes qui peuvent intervenir. E1 insiste d'autant plus sur ce point qu'elle échange en réunion pluridisciplinaire. Elle assure que **« l'intérêt de [ce service d'évaluation pédiatrique], c'est cet avis pluridisciplinaire »** tout en ajoutant que **« la décision, elle relève d'un médecin. Après, quand il y a différents professionnels qui peuvent discuter ensemble et apporter leurs points de vue, c'est vraiment un plus »**. Elle prend l'exemple d'une situation de mise en place de siège moulé pour exprimer la démarche de prévention faite à l'école concernant ce matériel, toujours très en

lien avec les ergothérapeutes. A nouveau, cet aspect pluriprofessionnel apporte beaucoup et ES1 explique que c'est parce qu'elle a un « **langage éducation nationale, l'ergothérapeute a un langage paramédical, et ça permet [...] d'expliquer le plus sereinement [...] les propos de chacun [...], de poser des questions et de rassurer** ». En finalité, l'approche a permis « **de dédramatiser un petit peu l'installation du [...] du corset-siège** ».

4^{ème} partie / Discussion

1. Confrontation des résultats avec la revue de littérature

Les réponses collectées montrent qu'il existe une différence entre la théorie et la pratique et que les ergothérapeutes en ont conscience, dont les réponses et les aspirations sont limitées par les institutions, le temps et les points de vue.

1.1. Contenance et contention, des risques connus par les ergothérapeutes

Les résultats montrent que la contenance est un dispositif utilisé en pédiatrie et qui fonctionne selon les observations des ergothérapeutes sur le terrain. La CNAPE (2017) rappelle que la contenance consiste « à tenir et soutenir une position sécurisante et bienveillante pour l'adolescent, afin de favoriser le lien éducatif et ainsi prévenir la récurrence. » Elle reste « inhérente à la prise en charge éducative et au fonctionnement de chaque professionnel. »

Il est important à noter qu'elle est aussi « évolutive et s'inscrit dans une dynamique » (CNAPE, 2017). Dans toutes les sphères du quotidien où la contenance peut être un outil, il existe des risques. Voilà pourquoi elle doit « être appréhendée, élaborée et verbalisée par les professionnels pour assurer une prise en charge de qualité et contribue à la bientraitance ». (CNAPE, 2017) Le consentement ne peut pas toujours être obtenu verbalement par les enfants. L'un des risques possibles, en accord avec la littérature et les professionnelles interrogées est la contention. Cette notion est acquise et comprise par toutes les professionnelles de santé interrogées. Elle reste institutionnalisée mais est balisée par un avis médical et des préconisations du médecin.

La limite néanmoins reste encore floue entre la contenance et la contention, et se base sur des ressentis personnels. Une différence est à faire entre un cas d'éthique et un cas de

moralité, et se jouent sur des représentations personnelles. Pour autant, cela reste un sujet central dans la prise en soin des enfants, surtout quand il est question d'une installation. Le maître mot est la sécurité. Et la contention est et doit rester une solution de dernier recours, comme indiqué dans la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation du système de santé. La contention abusive constitue une violation des droits fondamentaux de la personne et représente un risque pénal significatif.

En résumé, la contention et la contenance sont comprises par les professionnelles de santé, mais pas toujours par leurs équipes. Une hypothèse de lien peut être faite entre un manque de personnel et un manque de temps mais aussi par la sensibilisation à la contention pendant les études d'ergothérapie. En effet, une des personnes interrogées admet que les formations des intervenants auprès des enfants peuvent être courtes et manquer de clarté sur le sujet. Celle en ergothérapie apprend aux futurs professionnels des valeurs de pratique, surtout sur l'autonomie, qui vont à l'encontre de l'utilisation de la contention.

1.2. Les troubles du comportement dans le quotidien

Une participante, enseignante spécialisée de l'éducation nationale rapporte les propos des enseignantes qu'elle rencontre dans son travail. Il y a une recrudescence des cas d'agitation motrice chez les enfants dans les classes. Ce constat peut s'expliquer par une augmentation de la prévalence de l'ensemble des TND. En effet, Zablotzky et al (2019), cités par Peyre (2023), expliquent qu'après une étude réalisée sur la période de 2015-2017, il existe une augmentation de plus de 17.8%, soit un enfant sur 6. Le TSA est concerné à 2.5% et le TDAH à 9.5%. Dans la littérature, cette prévalence peut être expliquée par un élargissement des critères diagnostics du TND mais aussi par les difficultés d'atteinte de l'offre de soin. Néanmoins, il est question de faire la distinction d'un trouble avec agitation motrice d'« une augmentation développementale de la motricité, nommée parfois turbulence et assez habituelle chez l'enfant tout-venant. » (Voyazopoulos, 2001)

Selon les interrogées, il existe beaucoup de jeunes avec des troubles du comportement d'origine inconnue et/ou liée à un diagnostic de TSA. Le corps professoral reçoit de plus en plus d'enfants avec des difficultés scolaires spécifiques admettant un besoin en ergothérapie. Le questionnement autour de cette recrudescence et la marche à suivre en ergothérapie pour

les installations est essentiel et admet un travail autour des difficultés du quotidien chez ces enfants.

Cette recrudescence de cas, et les demandes des enseignants pourront, hypothétiquement, se traduire par une plus grande propension des ergothérapeutes dans les écoles, et une augmentation non négligeable d'une relation à mettre en place entre un discours paramédical et un discours de l'éducation nationale.

Une hypothèse d'explication de sous-diagnostic des TND peut être faite autour des difficultés de soin, et de trouver les professionnels, compliquant la compréhension des difficultés dans le quotidien et à l'école. En effet, « la prévalence des TND est influencée par un ensemble de facteurs tels que l'évolution des classifications et des critères diagnostiques, la diffusion des connaissances dans le champ médical et dans le grand public, ou encore l'offre de soin. » (Peyre, 2023) Il est alors difficile de diagnostiquer les personnes puisque « les prévalences varient selon les seuils ». Peyre (2023) se questionne sur les différences de prévalences, notamment avec les Etats-Unis pour comprendre s'il existe un sous-diagnostic des TND ou non et étend sa recherche à permettre « de déterminer lesquelles des hypothèses sont correctes et lesquelles ne le sont pas » (Peyre, 2023) sur les facteurs influençant cette prévalence.

1.3. Le lien entre posture et troubles du comportement encore peu connu

Aucune des professionnelles de santé interrogées n'est engagée dans la recherche du déficit postural lié à la présence d'un trouble de l'attention et/ou des comportements-problèmes. Le siège moulé reste avant tout mis en place pour des difficultés posturales et orthopédiques. Cela s'explique par la connaissance claire des préconisations du siège moulé de base. Les troubles du comportement sont considérés comme des comorbidités plus que pour la raison d'une difficulté posturale.

Les premières réflexions liées à la mise en place d'un appareillage comme le siège moulé sont les pistes orthopédiques et posturales. Les troubles du comportement et les besoins de contenance ne sont qu'en deuxième intention.

1.4. Différence entre les préconisations du siège moulé et sa réelle utilisation

Toutes les répondantes sont d'accords sur l'idée que le siège moulé est un appareillage contenant et qu'il minore les troubles du comportement. Néanmoins, les préconisations de l'HAS sur la mise en place du siège moulé n'admettent que les troubles orthopédiques et posturaux. La pratique diffère de la théorie en ce point. Il existe pourtant un réel lien entre contenance et minoration des troubles du comportement.

Cette utilisation en deuxième intention porte des points positifs, qui dans la pratique se traduisent par une réponse cohérente dans un schéma de soin.

Néanmoins, le siège moulé reste un outil orthopédique contenant mais contraignant. En effet, un appareillage peut, à l'école, stigmatiser l'enfant. Cependant, il reste très utile dans le quotidien pour une installation de qualité. Les risques à une utilisation détournée de l'objectif principal sont à prendre en compte. En effet, l'utilisation des sangles pour permettre la sécurité reste un point de vigilance à avoir en tant qu'ergothérapeute et peut amener une contention dangereuse pour l'enfant. Même si la responsabilité, en France, revient au médecin prescripteur, il y a un enjeu moral important à cette mise en place. Un questionnement éthique d'informations doit se poser.

1.5. Analyse et prévention par l'ergothérapeute, une compétence indispensable mais encore peu utilisée

Selon l'arrêté de 2010 relatif au diplôme d'ergothérapeute, l'ergothérapeute est un acteur de santé publique, pouvant intervenir sur des cas de prévention primaire.

En théorie, les ergothérapeutes ont une place dans la prévention des risques de contention par les compétences intrinsèques à la formation d'autrui mais aussi par les valeurs portées par le métier. L'autonomie, c'est-à-dire, la capacité à se gérer soi-même, est centrale dans une prise en soin centrée sur la personne. Il est alors d'un point de vue global intéressant d'inclure à une équipe pluridisciplinaire un regard sur le quotidien tout en promouvant cette valeur.

En pratique, l'institution et le temps ne permettent pas toujours de fournir à l'autre la promulgation de conseils. De plus, l'ergothérapeute n'est pas le professionnel le plus en lien

dans le quotidien de l'enfant. En institution, ce sont les personnes présentes sur le groupe de vie, et les principaux intervenants en extérieur sont la famille et l'école. Un point sur le lien et la relation à mettre en place serait une hypothèse acceptable mais peu mise en place en réalité.

Les participantes incluent alors un discours sur une pluralité des avis, prenant appui sur l'équipe pluridisciplinaire. Celle-ci peut alors discuter autour de la situation et émettre un jugement éthique, en collégialité.

L'avis de l'enseignante spécialisée éclaire sur un fait intéressant : il y a un questionnement autour de certaines pratiques en ergothérapie, notamment au sujet de la mise en place de siège moulé, appareillage lourd et contraignant.

Cela peut s'expliquer par une connaissance de l'ergothérapeute sur les risques, mais aussi une habitude de positionnement. Les professionnelles de santé ont pu exprimer qu'il y avait une habitude prise à mettre en place des sièges moulés ou du grand appareillage et qu'il ne faut pas oublier que pour ceux qui ne sont pas habitués, ce matériel peut faire peur dans le quotidien.

2. Intérêts et limites de l'étude

La responsabilisation de l'ergothérapeute dans la mise en place de sangles dans les sièges moulés est renvoyée au médecin prescripteur et permet aujourd'hui d'amoindrir les questionnements autour de la prévention des risques de contention. C'est une différence flagrante entre les pratiques canadiennes et françaises. Pour autant, même s'il n'y a pas de réponse concrète autour de cette problématique, qui est de l'ordre de la question morale, parfois éthique quand la problématique remonte à l'équipe pluridisciplinaire, il existe une réelle recherche par les ergothérapeutes d'une réponse. En effet, 3 participantes sur les 4 interrogées ont fait la demande d'obtention du mémoire à la fin des recherches pour connaître les réponses des autres et lire ce qui se fait ailleurs.

L'utilisation de la contention contrevient aux valeurs que porte l'ergothérapie, comme le rappellent les ergothérapeutes que Drolet (2016) a interrogés. Néanmoins, actuellement, il n'existe aucun consensus lié à la prise en charge de la prévention des risques

de contention, ni en théorie, ni en pratique. C'est la principale limite de cette recherche. Cela peut s'expliquer puisque les étudiants en ergothérapie ne reçoivent pas tous la même formation et ne sont pas tous sensibilisés aux mêmes problématiques de soin. La contention ne fait pas exception. De plus, l'appropriation des compétences liées à l'ergothérapie est aussi dépendante de la personne et de ses aspirations. Il est à ajouter que l'éthique en elle-même ne fait pas partie de certaines formations.

3. Perspectives de poursuite d'étude

Pour aller plus loin dans la recherche, une étude observatoire sur du long-court dans une structure pourrait être pertinente. En effet, les résultats se basent sur les réponses des ergothérapeutes à leur échelle, représentant un biais non négligeable sur le nombre de cas de contention. Il serait alors intéressant d'observer le fonctionnement et les réflexions sur les groupes de vie ou dans les classes. En reprenant l'hypothèse d'une ergothérapie plus présente à l'école, il serait important de comprendre le lien qui pourrait lier plus fortement les deux. A l'heure de l'inclusion en classe, il ne sera pas surprenant de voir une multiplication des cas de troubles de l'attention et/ou troubles du comportement. Le TDAH ayant une composante génétique et environnementale, le nombre de cas ne diminuera pas et impose de trouver des réponses.

De plus, pour comprendre les biais liés à la responsabilisation, il serait d'autant plus intéressant de faire une étude comparative avec les pratiques canadiennes. Les deux pays admettent dans leur formation des cours sur l'éthique, le Canada depuis 2008 et la France depuis 2010 mais n'ont pas les mêmes responsabilisations dans leur pratique sur les cas litigieux comme la contention.

Conclusion

Le TDAH et les comportements-problèmes sont des enjeux de santé publique (Peyre, 2023). Les difficultés des personnes avec un TDAH et/ ou des comportements-problèmes sont reconnues dans la vie quotidienne, notamment à l'école et sur le lieu de vie. Les ergothérapeutes interviennent pour accompagner l'enfant et son entourage à la compréhension de ceux-ci et à leur gestion. La contention peut alors être une réponse pertinente à ces troubles d'ordre sensoriels et comportementaux. Dans la pratique, le travail autour des installations, notamment avec des sièges moulés, peut s'avérer être un choix. Néanmoins, les sièges moulés sont mis en place pour des troubles orthopédiques et posturaux et ont aussi des sangles. Celles-ci comportent des risques d'utilisation. L'ergothérapeute est un acteur de prévention et peut intervenir à la prévention de ces risques. La prévention de la contention abusive nécessite une approche pluridisciplinaire et un questionnement éthique important. L'ergothérapeute doit travailler en collaboration avec d'autres professionnels de santé, le corps professoral, les familles et les éducateurs pour développer des stratégies personnalisées et adaptées à chaque enfant et à chaque situation.

Cependant, il est à noter que la formation continue des ergothérapeutes est essentielle pour améliorer leurs compétences et leurs connaissances dans le domaine de la prévention. La sensibilisation aux droits de l'enfant, l'acquisition de compétences en communication et en relation d'aide restent centrales dans la prise en soin en ergothérapie.

La promotion d'une culture du respect des droits de l'enfant et la sensibilisation aux problématiques de contention au sein des établissements de santé mais aussi des structures éducatives entrent en concordance avec les valeurs en ergothérapie comme l'autonomie.

Il manque encore néanmoins la mise en place de politiques et de procédures claires englobant la formation sur la promotion de pratiques alternatives et respectueuses de la dignité de l'enfant aux personnels soignants ou à l'équipe éducative

En conclusion, cette recherche met en lumière un manque flagrant de consensus dans les pratiques médicales et paramédicales sur la gestion des risques de contention abusive dans les sièges moulés auprès des enfants présentant des troubles du comportement. Pourtant, l'ergothérapie peut répondre avec une approche préventive, collaborative et axée sur les

droits de l'enfant à assurer la sécurité, le bien-être et le développement optimal de ces enfants appareillés.

Ce travail permet d'ouvrir à de nouveaux questionnements sur les moyens en santé pour permettre une approche préventive pertinente en lien avec les autres professionnels. Il permet d'envisager les qualités de l'ergothérapeute à la prévention des risques de contention pour permettre un discours clair auprès des équipes et de l'équipe éducative. Ainsi, un questionnement autour de la valorisation de la place de l'ergothérapie à la prévention des risques dans un contexte de système de santé où la santé publique est au cœur des aspirations pour éviter une surcharge du milieu médical.

Bibliographie

Albaret, J.-M., Marquet-Doléac, J., & Soppelsa, R. (2011). Psychomotricité et Trouble Déficit de l'Attention/Hyperactivité : Nouvelles perspectives dans l'approche de l'enfant agité et distrait: *Développements*, n° 9(3), 9-16. <https://doi.org/10.3917/devel.009.0009>

Ameli.fr | Assuré. (2023). *Mon enfant a-t-il un TDAH ?* <https://www.ameli.fr/rhone/assure/sante/themes/trouble-deficit-attention-hyperactivite-tdah/symptomes-diagnostic-evolution#:~:text=Le%20TDAH%20finit%20toujours%20par,se%20r%C3%A9v%C3%A8le%20a%20plus%20g%C3%AAnante.>

Aristote, traduit par Richard Bodéüs .(2004) *Éthique à Nicomaque*. (livre V). GF Flammarion

Assaïante, C. (2011). Action et représentation de l'action au cours de l'enfance et de l'adolescence : Une approche fonctionnelle. *Movement & Sport Sciences*, 74(3), 65-79. <https://doi.org/10.3917/sm.074.0065>

Association nationale française des ergothérapeutes. (2018). *Contribution des ergothérapeutes dans la mise en oeuvre de la Stratégie Nationale de santé 2018-2022 : Note de synthèse*. <https://anfe.fr/wp-content/uploads/2021/02/Contribution-des-ergotherapeutes-dans-la-mise-en-oeuvre-de-la-SNS-2018-2022.pdf>

Bange, F., & Vieyra, M. (2014). 6. Le syndrome dans le DSM-IV, le DSM-5 et la CIM-10. In *TDA/H - Trouble Déficit de l'Attention/Hyperactivité* (p. 34-43). Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.bange.2014.01.0034>

Bonnet, D. (2003). L'éthique médicale universelle engage-t-elle la construction d'un acteur social universel ? *Autrepart*, 28(4), 5-19. <https://doi.org/10.3917/autr.028.0005>

Canadian Association of Occupational Therapist. (2017). *L'ergothérapie et les soins en santé primaire*. <https://caot.in1touch.org/document/4111/Primary%20Health%20Care%20-%20FS.pdf>

Carré, R., Moncany, A.-H., Schmitt, L., & Haoui, R. (2017). Contention physique en psychiatrie : Étude qualitative du vécu des patients. *L'information psychiatrique*, 93(5), 393-397. <https://doi.org/10.1684/ipe.2017.1644>

Carton, L., Dondaine, T., Deheul, S., Marquié, C., Brigadeau, F., Amad, A., Devos, D., Danel, T., Bordet, R., Cottencin, O., Gautier, S., & Ménard, O. (2019). Prescriptions hors AMM supervisées de méthylphénidate dans le TDAH de l'adulte. *L'Encéphale*, 45(1), 74-81. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2018.05.008>

Centre d'excellence pour l'autisme et les troubles neurodéveloppementaux de Montpellier. (2023). *Document préparatoire à la stratégie nationale pour les troubles du neurodéveloppement 2023-2027*. <https://handicap.gouv.fr/sites/handicap/files/2023-11/Document%20pr%C3%A9paratoire%20%C3%A0%20la%20strat%C3%A9gie%20nationale%20TND%202023-2027.pdf>

Christine, R.-D. (2021). *Trouble du neurodéveloppement/ TDAH : Repérage, diagnostic et prise en charge des adultes*.

CNAPE. (2017). *La contenance éducative*. <https://www.cnape.fr/documents/document-thematique-la-contenance-educative/#:~:text=ORIGINE%20DE%20LA%20CONTENANCE%20CHEZ%20UN%20SUJET&text=La%20fa%C3%A7on%20dont%20elle%20r%C3%A9pond,sens%20%C3%A0%20son%20monde%20int%C3%A9rieur.>

CNPE (2023). *Prescription des aides techniques par les ergothérapeutes*

Recommandations professionnelles. [https://anfe.fr/wp-](https://anfe.fr/wp-content/uploads/2023/12/RecosATdec23.pdf)

[content/uploads/2023/12/RecosATdec23.pdf](https://anfe.fr/wp-content/uploads/2023/12/RecosATdec23.pdf)

CNRTL., (s. d.). *Gibbosité* : Définition de gibbosité. <https://www.cnrtl.fr/definition/gibbosit%C3%A9>

Coldefy, M., Gandré, C., & Rallo, S. (2022). *Les soins sans consentement et les pratiques privatives de liberté en psychiatrie : Un objectif de réduction qui reste à atteindre.* <https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/269-les-soins-sans-consentement-et-les-pratiques-privatives-de-liberte-en-psychiatrie.pdf>

Commission de l'éthique en science et en technologie. (2020). *Quels sont les champs de l'éthique ? - Commission de l'éthique en science et technologie.* <https://www.ethique.gouv.qc.ca/fr/ethique/qu-est-ce-que-l-ethique/quels-sont-les-champs-de-l-ethique/>

Crocq, M.-A., Guelfi, J.-D., & Boehrer, A. É. (2023). *DSM-5-TR : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (5e éd., texte révisé).* Elsevier Masson.

De Las Heras, L., & Soudrie, B. (2016). *Expérience d'une unité de soins dédiée au polyhandicap avec troubles sévères du comportement. Surcharges autistiques, automutilations, régurgitations : Prises en soins spécifiques (installations, stimulation basale, accompagnement vestimentaire et appareillage) gestion des équipes et réflexion sur l'environnement.* *Troubles du comportement Repérer, comprendre, prévenir, pour mieux accompagner la personne polyhandicapée et IMC.* p20-23

Delage, V. (2023). *Dictionnaire médical de l'Académie de médecine.* <https://www.academie-medecine.fr/le-dictionnaire/index.php?q=posture>

Delassus. E (2012) L'éthique du care : Vulnérabilité, autonomie et justice.
<https://hal.science/hal-00701247v1>

Direction de la protection judiciaire de la jeunesse, sous-direction des missions de protection judiciaire et d'éducation et bureau des méthodes et de l'action éducative. (2017) *La contenance éducative*. <https://www.cnape.fr/documents/document-thematique-la-contenance-educative/>

Drolet, M.-J., & Maclure, J. (2016). Les enjeux éthiques de la pratique de l'ergothérapie : Perceptions d'ergothérapeutes. *Approches inductives*, 3(2), 166-196.
<https://doi.org/10.7202/1037918ar>

Gansel, Y. (2019). De la contenance comme thérapeutique. In *Vulnérables ou dangereux ? : Une anthropologie du souci des adolescents difficiles* (p. 81-88). ENS Éditions.
<https://doi.org/10.4000/books.enseditions.13320>

Haute Autorité de Santé. (2006). *Commission d'évaluation des produits et prestations*.
<https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/pp020508.pdf>

Haute Autorité de Santé. (2015). *Sièges moulés (corsets-sièges)*. Consulté 24 octobre 2023, à l'adresse https://www.has-sante.fr/jcms/c_2062373/fr/sieges-moules-corsets-sieges

Haute Autorité de Santé. (2015, 12 février, mis à jour le 08 avril 2015). *Trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) : repérer la souffrance, accompagner l'enfant et la famille - questions / février réponses*. https://www.has-sante.fr/jcms/c_2025618/fr/trouble-deficit-de-l-attention-avec-ou-sans-hyperactivite-tdah-reperer-la-souffrance-accompagner-l-enfant-et-la-famille-questions-/reponses

Haute Autorité de Santé. (2015, 8 septembre). *Commission nationale d'évaluation des dispositifs médicaux et des technologies de santé*. <https://www.has->

[sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-09/corsets sieges 8 septembre 2015 dm eval 73.pdf](https://sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-09/corsets_sieges_8_septembre_2015_dm_eval_73.pdf)

Haute Autorité de Santé. (2016, 19 juillet - Mis à jour le 16 mars 2018). *Les « comportements-problèmes » au sein des établissements et services accueillant des enfants et adultes handicapés.* https://www.has-sante.fr/jcms/c_2834964/fr/les-comportements-problemes-au-sein-des-etablissements-et-services-accueillant-des-enfants-et-adultes-handicapes

InsErM, La science pour la santé. (2022, 5 septembre). *TDAH : vers un consensus universel* · Inserm. <https://www.inserm.fr/actualite/tdah-vers-un-consensus-universel/>

Jansen, I., Philipsen, A., Dalin, D., Wiesmeier, I. K., & Maurer, C. (2019). Postural instability in adult ADHD – A pilot study. *Gait & Posture*, 67, 284-289.
<https://doi.org/10.1016/j.gaitpost.2018.10.016>

Kinoo, P., & de Keyser, A. (2017). Chapitre 14. Transgressions et sanctions. In *Éduquer et soigner en équipe: Vol. 2e éd.* (p. 317-344). De Boeck Supérieur.
<https://doi.org/10.3917/dbu.meync.2017.01.0317>

Kinoo, P., & Kpadonou-Fioissi, E. (2008). Enfant, contenance et contention. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 56(3), 117-121.
<https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2007.11.012>

Laporte, P. (2005, mis à jour le 17 septembre 2020). *TDAH et comorbidités*. HyperSupers - TDAH France. <https://www.tdah-france.fr/TDAH-et-comorbidites.html#:~:text=Le%20Document%20de%20soutien%20%C3%A0,de%2025%20%25%20%C3%A0%2050%20%25%20>

LegiFrance. (2011) *LOI n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge* (1) -. <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000024312722/>

LegiFrance. (2023) *Arrêté du 12 juin 2023 relatif aux conditions de prescriptions des dispositifs médicaux et aides techniques par les ergothérapeutes* -. <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000047689131>

Lelard, T. (2017). Influence du contexte émotionnel sur le contrôle postural. *Neurophysiologie Clinique/Clinical Neurophysiology*, 47(3), 208. <https://doi.org/10.1016/j.neucli.2017.05.058>

Lombart, B. (2019). Le dilemme de la contention lors des soins en pédiatrie. *Soins Pédiatrie/Puériculture*, 40(309), 27-29. <https://doi.org/10.1016/j.spp.2019.05.009>

Lombart, B., De Stefano, C., Dupont, D., Nadji, L., & Galinski, M. (2020). Caregivers blinded by the care : A qualitative study of physical restraint in pediatric care. *Nursing Ethics*, 27(1), 230-246. <https://doi.org/10.1177/0969733019833128>

Luc-Pupat, É., Barrière, A., Jacquemot, D., & Gutierrez, M. (2017). Installation et positionnement des jeunes enfants dans leurs différents lieux de vie. Une approche ergothérapique. *Contraste*, 45(1), 271-296. <https://doi.org/10.3917/cont.045.0271>

Ministère de la santé et du sport. (2010). Arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'État d'ergothérapeute.

Ministère de la transformation et de la fonction publique. (2022, 24 octobre, mis à jour le 8 février 2023). *Définitions et principes*. <https://www.fonction-publique.gouv.fr/etre-agent-public/mon-quotidien-au-travail/sante-et-securite-au-travail/definitions-et-principes>

Ministère des solidarités et de la santé. (2020). *Kit pédagogique*. Volet 3. https://handicap.gouv.fr/IMG/pdf/kit_pedagogique_-_polyhandicap.pdf

Ministère du travail, de la santé et des solidarités (2023). *Nouvelle stratégie nationale pour les troubles du neurodéveloppement : autisme, dys, TDAH, TDI.* <https://handicap.gouv.fr/nouvelle-strategie-nationale-pour-les-troubles-du-neurodeveloppement-autisme-dys-tdah-tdi>

Ordre des ergothérapeutes du Québec (OEQ). (2006) *Les mesures de contention : de la prévention à leur utilisation exceptionnelle.* https://www.oeq.org/DATA/NORME/33~v~lignes_directrices_contention.pdf

Paperman, P. (2010). Éthique du care. Un changement de regard sur la vulnérabilité. *Gérontologie et société*, 33 / 133(2), 51-61. <https://doi.org/10.3917/qs.133.0051>

Pessler, F. (2022). *Scoliose idiopathique.* <https://www.msmanuals.com/fr/professional/p%C3%A9diatrie/troubles-osseux-chez-enfant/scoliose-idiopathique>

Peyre, H. (2023). *Document préparatoire à la stratégie nationale pour les troubles du neurodéveloppement 2023-2027.* <https://handicap.gouv.fr/sites/handicap/files/2023-11/Document%20pr%C3%A9paratoire%20%C3%A0%20la%20strat%C3%A9gie%20nationale%20TND%202023-2027.pdf>

Peyrou, P., & Mouliès, D. (2012). Scoliose de l'enfant handicapé : Indication du traitement orthopédique versus chirurgical. *Archives de Pédiatrie*, 19(6), H231-H232. [https://doi.org/10.1016/S0929-693X\(12\)71227-7](https://doi.org/10.1016/S0929-693X(12)71227-7)

RRAPPS (2023), Prévention. <https://rrapps-bfc.org/glossaire/prevention>

Rubin, F. (2015, 23 juin). *Scoliose idiopathique de l'enfant : une maladie d'origine vestibulaire ?* <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01231175>

Sarafpour, M., Shirazi, S. Y., Shirazi, E., Ghazaei, F., & Parnianpour, Z. (2018). Postural Balance Performance of Children with ADHD, with and without Medication : A Quantitative Approach. *2018 40th Annual International Conference of the IEEE Engineering in Medicine and Biology Society (EMBC)*, 2100-2103. <https://doi.org/10.1109/EMBC.2018.8512636>

Spinoza, B. (1667). *L'éthique*. GF Flammarion.

Valadier, P. (2019). Droits humains et éthique publique. *Revue d'éthique et de théologie morale*, 304(4), 75-86. <https://doi.org/10.3917/retn.306.0075>

Vigier, P., posturologue et podologue à Toulouse. (2020, 27 mai). *Troubles émotionnels*. <https://www.posturologue-toulouse.fr/troubles-emotionnels/>

Voyazopoulos, R. (2001). Enfant instable, enfant agité, enfant excité. *Enfances & Psy*, 14(2), 26-34. <https://doi.org/10.3917/ep.014.0026>

Winckler, M. (2021, 23 mars). À quoi sert l'éthique médicale ? <https://www.passeportsante.net/>. <https://www.passeportsante.net/fr/Communaute/Blogue/Fiche.aspx?doc=a-quoi-sert-l-ethique-medicale>

Zielinski, A. (2010). L'éthique du care. Une nouvelle façon de prendre soin. *Études*, 413(12), 631-641. <https://doi.org/10.3917/etu.4136.0631>

Annexes

Table des annexes

Annexe A : Grille d’entretien pour les ergothérapeutes	II
Annexe B : Grille d’entretien pour l’enseignante spécialisée	III
Annexe C : Grille d’analyse	III
Annexe D : Fiche de consentement	IV

Annexe A : Grille d'entretien pour les ergothérapeutes

Thèmes	Sous-thèmes	Indicateurs	Questions
Pratique quotidienne dans le contexte de travail	Lieu de pratique : Fonctionnement de l'ergothérapie dans ce contexte Type d'accompagnement Motif de l'accompagnement	Suivi journalier, hebdomadaire TDAH/ Trouble du comportement Troubles orthopédiques et mise en place du corset-siège	Racontez-moi votre pratique quotidienne dans votre contexte de travail. Relance : Quel type d'accompagnement proposez-vous ? Comment se met-il en place ? Faites-vous des mises en place d'appareillage type siège moulé ? Quel questionnement vous posez-vous ? Pourquoi ?

	Intervention	Objectifs, moyen d'intervention	
La contenance et ses dérives : la contention	Définition de la contenance		Nous considérerons les comportements-problèmes comme « des manifestations dont la sévérité, l'intensité et la répétition sont telles que ces comportements génèrent des gênes très importantes pour la personne elle-même et pour autrui, de nature à bouleverser durablement sa vie quotidienne et celle de son entourage dont les incidences sont diverses et peuvent prendre plusieurs formes : l'automutilation, l'hétéro-agressivité, la destruction de l'environnement matériel, les conduites sociales inadaptées, les troubles alimentaires, les conduites d'autostimulation. Avez-vous observé, dans votre pratique avec les enfants avec un TDAH, des besoins de contenance ? Si oui, sous quelle forme ? Relance : Quelle a été la réponse choisie à la situation donnée ? Jusqu'où cette contenance peut-elle aller ?

	Les limites de la contenance La contention	Subjectivité de l'ergothérapeute Contention mécanique	Relance : Comment vous percevez la limite de la contenance ? Avez-vous eu à faire à des cas de contention mécanique chez les enfants ? La contention mécanique est définie par Kinoo et Keyser (2017) comme une contrainte induite par des sangles, ceintures, etc.
L'utilisation détournée du matériel orthopédique	Mise en place du siège moulé Chez les enfants avec des troubles du comportement	Raison orthopédique Raison Posturale Raison Comportementale	D'après votre expérience, pour quelles raisons peut-on mettre en place un siège moulé dans la prise en soin d'un enfant ? ➔ Vous avez dit trouble du comportement, est-ce que vous pouvez m'expliquer pourquoi ? / Est-ce qu'il y a eu à votre connaissance

	Utilisation du siège moulé	Fréquence Lieux de port Circonstances de port Temps de port Raisons de non-port	la mise en place de siège moulé pour des raisons comportementales ? Relance : Y a-t-il eu une amélioration notable ? A quoi faites-vous attention quand vous mettez en place un siège moulé ?
Le TDAH et les troubles du comportement associés	Lien entre le TDAH et les troubles posturaux Gestion des troubles du comportement	Lien entre le TDAH et les troubles posturaux	Vous m'avez parlé des troubles posturaux pour la mise en place des sièges moulés, est-ce que le TDAH ou les comportements-problèmes peut avoir un lien avec ces troubles posturaux selon vous ? Relance : Pourquoi ? Comment, dans votre pratique, gérez-vous les troubles du comportement liés au TDAH ou à ses comorbidités ?

			Relance : Dans votre pratique, avez-vous déjà utilisé la contenance comme réponse ?
La place de l'éthique dans la pratique professionnelle	L'analyse de la pratique professionnelle Contention abusive dans le siège moulé	Contention abusive	Selon vous, quelle est la place de l'éthique dans la pratique en ergothérapie ? Comment interrogez-vous votre expérience pour répondre à un questionnaire éthique ? Avez-vous, dans votre pratique, eu à faire à des cas de contention abusive des enfants dans un corset-siège pour des raisons de troubles du comportement ? Relance : Comment y avez-vous réagi ? Pourquoi ?
L'action de l'ergothérapeute à la limitation des risques : la		Réaction Changement	Si vous aviez une baguette magique pour la situation évoquée, qu'est-ce que vous mettriez en place ? Relance : Pourquoi ?

prévention primaire	Prévention primaire	Analyse de la pratique professionnelle Formation Compétence de conseil	D'après vous, quelle serait la place de l'ergothérapie à la prévention de ces risques de contention ?
------------------------	------------------------	---	--

Annexe B : Grille d'entretien pour l'enseignante spécialisée

Thèmes	Sous-thèmes	Indicateurs	Questions
Pratique quotidienne dans le contexte de travail	Lieu de pratique : Fonctionnement de l'enseignement spécialisé dans ce contexte Type d'accompagnement Motif de l'accompagnement	Suivi journalier, hebdomadaire TDAH/ Trouble du comportement Troubles orthopédiques et mise en place du corset-siège	Pouvez-vous me raconter votre pratique professionnelle auprès des enfants ayant des corsets-sièges ? Relance Combien avez-vous suivi d'enfants avec un siège moulé ? Comment, dans votre pratique, suivez-vous les enfants avec un siège moulé ? A quoi faites-vous attention ? Avec quels professionnels travaillez-vous au quotidien ?

La contenance et ses dérives : la contention	Définition de la contenance		Nous considérerons les comportements-problèmes comme « des manifestations dont la sévérité, l'intensité et la répétition sont telles que ces comportements génèrent des gênes très importantes pour la personne elle-même et pour autrui, de nature à bouleverser durablement sa vie quotidienne et celle de son entourage dont les incidences sont diverses et peuvent prendre plusieurs formes : l'automutilation, l'hétéro-agressivité, la destruction de l'environnement matériel, les conduites sociales inadaptées, les troubles alimentaires, les conduites d'autostimulation. Avez-vous observé, dans votre pratique avec les enfants avec un TDAH ou avec des comportements-problèmes, des besoins de contenance ? Si oui, sous quelle forme ? Relance : Quelle a été la réponse choisie à la situation donnée ?

	Les limites de la contenance La contention	Subjectivité Contention mécanique	Jusqu'où cette contenance peut-elle aller ? Relance : Comment vous percevez la limite de la contenance ? Avez-vous eu à faire à des cas de contention mécanique chez les enfants ? La contention mécanique est définie par Kinoo et Keyser (2017) comme une contrainte induite par des sangles, ceintures, etc.
L'utilisation détournée du matériel orthopédique	Utilisation du siège moulé Chez les enfants avec des troubles du comportement	Raison orthopédique Raison Posturale Raison Comportementale	D'après votre expérience, pour quelles raisons peut-on mettre en place un siège moulé dans la prise en soin d'un enfant ? Qui pouvait vous conseiller ? Comment avez-vous fait ? Avez-vous déjà vu un enfant avec un siège moulé pour des troubles du comportement ? Avez-vous remarqué une différence dans l'attention

	Mise en place du siège moulé	Fréquence Lieux de port Circonstances de port Temps de port Raisons de non-port	des enfants quand ils étaient mis dans un siège moulé si celui-ci a des troubles du comportement ? A quoi faites-vous attention quand vous mettez en place un siège moulé ?
Le TDAH et les troubles du comportement associés	Gestion des troubles du comportement		Comment, dans votre pratique, gérez-vous les troubles du comportement liés au TDAH ou à ses comorbidités ? Relance : Dans votre pratique, avez-vous déjà utilisé la contenance comme réponse ?
La place de l'éthique dans la pratique professionnelle	L'analyse de la pratique professionnelle		Pouvez-vous me raconter une situation où vous avez été face à un questionnement éthique reprenant les problématiques citées dans notre entretien ?

		Analyse de la pratique professionnelle Formation Compétence de conseil	Relance : D'après vous, quelle serait la place de l'ergothérapie à la prévention de ces risques de contention ?
--	--	---	--

Annexe C : Grille d'analyse

Thème	Sous-thème	E1	E2	E3	ES1
Pratique quotidienne dans le contexte de travail	Fonctionnement de l'ergothérapie dans ce contexte				
	Type d'accompagnement				
	Motif de l'accompagnement				
	Intervention				
La contenance et ses dérivés : la contention	Définition de la contenance				
	Les limites de la contenance				
	La contention				
L'utilisation détournée du matériel orthopédique	Utilisation du siège moulé				
	Les enfants avec des troubles du comportement				
	Mise en place du siège moulé				
Le TDAH et les troubles du comportement associés	Lien entre le TDAH et les troubles posturaux				
	Gestion des troubles du comportement				

La place de l'éthique dans la pratique professionnelle	L'analyse de la pratique professionnelle				
	Contention abusive dans le siège moulé				
L'action de l'ergothérapeute à la limitation des risques : la prévention primaire	Prévention primaire				

Annexe D : Formulaire de consentement

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Je soussigné(e) accepte de prendre part volontairement à un entretien réalisé avec MERCERON Léa, étudiante en troisième année d'ergothérapie à l'université Claude Bernard Lyon 1, tutoré par Mme LIONNARD-RETY Sabine.

Les objectifs de cet entretien ont été discuté en amont et compris par les deux parties. Il est de l'ordre d'engager une discussion autour de l'éthique de l'utilisation des sangles pour les enfants avec des troubles du comportement dans les sièges moulés.

En signant ce document, je consens à l'utilisation de l'entretien et des données de celui-ci par enregistrement dans l'unique cadre du mémoire de recherche. Les informations que je partagerais au cours de cet entrevue seront traitées de manière confidentielles et mon anonymat sera préservé dans tous les rapports ou publications résultant de cette recherche. L'enregistrement sera quant à lui supprimé après les résultats de l'obtention du diplôme.

Je comprends aussi que je suis libre d'interrompre ma participation dès que je le juge nécessaire.

Enfin, je confirme avoir donné mon consentement libre et éclairé sur ma participation à cet entretien, en connaissance des modalités et du sujet.

En échange de mon consentement, MERCERON Léa, s'engage à respecter les règles de confidentialité et de neutralité mais aussi à détruire l'enregistrement audio une fois les résultats obtenus.

Fait le....., à

Signatures :



Resume

Les risques de contention chez les enfants avec des troubles du comportement dans les sièges moulés : l'éthique dans la pratique des ergothérapeutes.

Les sièges moulés font souvent partie des interventions en ergothérapie, parfois dans le but de fournir une contenance et une régulation sensorielle. Cet appareillage intègre généralement des sangles, mais elles soulèvent des considérations éthiques concernant la contention physique.

En tant que professionnels proactifs en matière de prévention, les ergothérapeutes doivent évaluer de manière critique leurs méthodes pour éviter toute maltraitance. Cependant, en France, contrairement au Canada, les ergothérapeutes ne portent pas la responsabilité de leurs recommandations, même en cas de contention abusive. Les ergothérapeutes exercent sous prescription médicale uniquement quand il s'agit de la mise en place d'un traitement.

L'objectif de cette étude est de comprendre comment et dans quelles conditions un ergothérapeute peut limiter le risque de contention abusive pour les enfants dans un siège moulé en raison de troubles du comportement.

Quatre participantes, dont trois ergothérapeutes et une enseignante spécialisée, ont pris part à des entretiens semi-structurés pour discuter de leur pratique et de leurs opinions sur le sujet. Une analyse a été faite avec les thèmes suivants : le rôle de l'éthique dans la pratique de l'ergothérapie, la contenance et ses dérives (la contention physique), l'utilisation détournée du matériel orthopédique, le TDAH et les troubles du comportement associés et le rôle des ergothérapeutes à la limitation des risques (prévention primaire).

Cependant, l'étude a révélé un manque de consensus parmi les professionnels concernant le rôle des ergothérapeutes dans la réduction de l'utilisation de la contention abusive, en particulier dans les sièges moulés, pour gérer les problématiques liées aux troubles du comportement et/ou de l'attention.

En conclusion, l'ergothérapie peut être une force motrice de santé publique pour la prévention des risques. Cela comprend une collaboration rigoureuse avec une équipe pluridisciplinaire pour garantir une pratique définie qui respecte les normes les plus élevées en matière de dignité de l'enfant.

Mots-clé : contention ; siège moulé : ergothérap* ; éthiques ; trouble du comportement

The risk of physical restraint in children with behavioral disorders in molded seats : the ethical considerations in occupational therapists' practice.

Molded seats are often part of occupational therapy interventions, sometimes for the purpose of providing containment and sensory regulation. This equipment typically incorporates belts to secure children, but it raises ethical concerns, regarding physical restraint. As proactive agents in prevention, occupational therapists must critically evaluate their methods to avoid any mistreatment. But in France, unlike in Canada, occupational therapists do not bear the responsibility of their recommendations for molded seats, even in case of abusive physical restraint. Occupational therapists work under medical prescription only when it involves implementing a treatment plan.

The purpose of this study is to understand how and under what conditions occupational therapists can mitigate the risk of abusive restraint when working with children in molded seats due to behavioral disorders.

Four participants, comprising three occupational therapists and one specialized teacher, were engaged in semi-structured interviews to discuss their professional practices and opinions on this matter. An analysis was made with following themes such as : the role of ethics in occupational therapy practice, containment and its drifts (physical restraint), the misuse of orthopedic equipment, ADHD and associated behavioral disorders and the occupational therapist's role in risk limitation (a primary prevention).

The study found a lack of consensus among professionals regarding the role of occupational therapists in reducing the need of physical restraints, specifically molded seats, to manage behavioral and attention-related challenges.

In conclusion, occupational therapy can be a pivotal force in public health for risk prevention. This includes a rigorous collaboration with multidisciplinary team to ensure a defined practice that upholds the highest standards of respect for the child's dignity.

Keywords : physical restraint ; molded seat ; occupational therap* ; ethics ; behavioral issue ;

