

# Les enfants hospitalisés et la bientraitance

**S. Rosenberg-Reiner**

Association pour l'amélioration des conditions d'hospitalisation des enfants (APACHE), Antony

✉ **Dr Sylvie Rosenberg-Reiner** – APACHE – BP 80 162 – 92186 Antony cedex – E.mail : apache.asso@wanadoo.fr

**L**e point de vue que je propose s'appuie à la fois sur une expérience associative avec l'Association pour l'amélioration des conditions d'hospitalisation des enfants (APACHE) et une expérience professionnelle avec une double spécialité la pédiatrie et l'anesthésie, et un exercice hospitalier en anesthésie pédiatrique. Commençons donc par définir ce que recouvrent les deux termes de ce titre.

## Qui sont donc ces enfants hospitalisés ?

Ils sont plusieurs millions d'enfants, chaque année, à être concernés par l'hôpital. Près de trois cents hôpitaux en France accueillent des enfants, dans plus de cinq cents services pédiatriques de divers types. L'enfant d'après la Convention internationale des droits de l'enfant est une personne, de la naissance à 18 ans, et c'est cette définition que nous retiendrons. Le terme d'enfant hospitalisé recouvre une très grande diversité de situations : du nouveau-né prématuré à l'adolescent. Les raisons du séjour à l'hôpital sont, elles aussi, multiples. Le séjour à l'hôpital est tantôt ponctuel (comme par exemple lors d'un passage aux urgences), tantôt prolongé ou encore répété à intervalles réguliers pendant des mois et des mois, dans les cas de cancers, de maladies rares, de maladies chroniques, d'opérations dans les cas de malformations, de conséquences plus ou moins graves de traumatismes. À l'hôpital, on trouve aussi bien, des enfants présentant des problèmes aigus médi-

caux ou chirurgicaux, graves ou bénins, des maladies chroniques, des maladies mentales, des conséquences de malformations, de handicaps. Les enfants peuvent être en fin de vie. Ils peuvent vivre dans des familles en situation de grande précarité. Cette très grande variété de situations explique la multiplicité des services susceptibles de les accueillir : pédiatrie générale, chirurgie pédiatrique, services de soins intensifs et de réanimation, service de néonatalogie, services d'adolescents ainsi que les très nombreux services de sous-spécialités pédiatriques (cardiologie, pneumologie, gastro-entérologie, etc.). Les équipes de ces services regroupent des professionnels de formations très diverses : médecins, chirurgiens, infirmiers, puéricultrices, kinésithérapeutes, psychologues, etc.

## Le concept de bientraitance et les institutions médicosociales

Le concept de bientraitance émerge dans les années soixante-dix-quatre-vingts dans le monde médicosocial grâce au travail de pionniers comme J. LEVY et D. RAPOPORT [1], notamment dans les pouponnières [2]. Il s'agissait au départ d'utiliser un terme qui s'oppose clairement à la maltraitance [3], qui soit le positif de la maltraitance. La maltraitance à enfant est une réalité ancienne et aujourd'hui bien connue. Depuis un peu plus d'un siècle, un système de protection de l'enfance s'est progressivement mis en place et surtout depuis la fin de la seconde guerre mondiale. La mal-

## Résumé

Bien traiter est tout simplement la mission de l'hôpital. L'article s'interroge sur la signification exacte du terme de bientraitance lorsqu'on l'applique à l'enfant hospitalisé. Ce terme d'abord utilisé par les professionnels du monde médicosocial s'étend et prend sa place dans l'hôpital. L'article analyse ensuite les moyens humains, matériels, légaux, organisationnels et financiers nécessaires pour qu'émerge une véritable culture de la bientraitance de l'enfant hospitalisé.

**Mots-clés :** Bientraitance – Droits – Qualité.

## Abstract

### *Hospitalized Children and their welfare*

*Providing welfare is merely a hospital's mission. The article raises the issue of the exact meaning of the term welfare when it applies to a hospitalized child. This term, initially used by professionals in the area of social medicine, is expanding and is finding its mark in the hospital setting. The article then goes over the human means, the material, legal, organizational and financial means necessary to see emerge a true welfare culture of the hospitalized child.*

**Keywords:** Patient-centered Care – Rights – Quality.

traitements dans les institutions médicosociales chargées de prendre en charge les enfants a été étudiée dès 1982 par S. TOMKIEWICZ et P. VIVET [4]. S. TOMKIEWICZ, dans ses analyses évoque des institutions « à risque de violence » et force est de constater que l'hôpital, avec son organisation hiérarchisée, ses règles de fonctionnement rigoureuses, les objectifs d'efficacité qui lui sont fixés, peut tout à fait faire partie des institutions à risques.

### La lente progression de l'institution hospitalière

Les institutions médicosociales ont depuis plusieurs années intégré la possibilité de dérives violentes et maltraitantes et se sont donné les moyens de les repérer, de les prévenir et de promouvoir la bien-traitance. L'hôpital<sup>1</sup> de court séjour a réagi plus tardivement et plus lentement. Et qu'en est-il de l'hôpital d'enfants ? En 1997, la protection de l'enfance maltraitée a été décrétée grande cause nationale et D. GIRODET [5] rappelle que la mission de l'hôpital est d'être le lieu du diagnostic et du soin, le lieu d'évaluation, du signalement, de suivi à long terme et de prévention de la maltraitance. Or, il faut pouvoir imaginer que ce lieu de soins et de protection de l'enfant peut aussi être lui-même maltraitant. Une institution comme l'hôpital pédiatrique, dont le rôle est de prendre en charge et de bien-traiter les enfants peut être maltraitante et le sujet vaut la peine d'être abordé. L'institution hospitalière a suivi en effet avec retard, le mouvement qui consistait à s'interroger sur ses propres pratiques de maltraitance à l'instar des structures médicosociales. Le premier texte officiel qui aborde la question d'un accueil de qualité pour les enfants date en France de 1983 [6]. En la matière, la France accuse un retard certain par rapport à la Grande-Bretagne et les pays du nord de l'Europe. Les enfants étaient l'objet de soins attentifs et compétents, mais n'étaient pas traités comme des sujets, des personnes avec des émotions et des besoins affectifs. De façon surprenante, ces besoins affectifs, ces émotions étaient ignorés ou niés par un grand nombre de professionnels travaillant dans les services d'enfants. À l'époque, le terme de bien-traitance n'était pas utilisé. Pourtant en France, les professionnels de l'hôpital d'enfants n'ignoraient rien des travaux de J. ROBERTSON, de J. BOWLBY sur la relation mère-enfant et l'attachement, de R. SPITZ sur l'hospitalisme. Des pédiatres renommés avaient participé à Stockholm en 1954 à un colloque sur l'hospitalisation des jeunes enfants [7]. Les pédiatres français ont manifesté une grande frilosité et à l'époque, seuls quelques chefs de service osent suivre les conseils de pionniers [8] et ouvrir leur service aux mères [9]... En 1972 paraît en France la traduction d'un livre de J. ROBERTSON *Jeunes enfants à l'hôpital*

[10]. À partir de son expérience, J. ROBERTSON explicite ce qui était déjà montré dans son film [11]. Il décrit les effets psychologiques graves, parfois irréversibles sur les enfants, qu'entraîne l'éloignement de la mère lors d'une hospitalisation (surtout pendant les quatre premières années de vie). À partir de cas concrets, l'auteur fait une analyse fine et détaillée des signaux d'alarme et des signes de détresse psychique. Il propose des modalités pratiques d'organisation du service infirmier pour collaborer avec les parents. Mais il a fallu attendre 1983, soit une vingtaine d'années après la Grande-Bretagne, pour qu'en France paraisse cette première circulaire. Pour la rédiger, les membres du cabinet du ministre de la Santé de l'époque se sont largement inspiré des textes britanniques. Ce texte reste une référence. Son but était de convaincre le monde hospitalier de la nécessité d'un changement. Le changement en France a été tardif, lent et aujourd'hui encore, il existe des services qui, vingt-neuf ans plus tard, ne respectent pas la totalité des recommandations de la circulaire de 1983... Cependant, les progrès réalisés au cours des dernières années dans l'accueil des enfants à l'hôpital, le respect de leurs droits, de leurs besoins, de leur enfance existent. Ils résultent de l'évolution de la société et d'un travail de longue haleine porté par des associations et des professionnels de l'enfance engagés (pédiatres, infirmiers, psychologues, etc.) qui ont poussé l'institution-hôpital à accepter une remise en question. La parole des citoyens a commencé à se libérer à l'occasion des États généraux de la santé qui se sont tenus dans toutes les régions de 1998 à 1999, comme préparation à la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé [12]. Cette loi est loin d'être parfaite, mais elle a marqué un tournant. Elle introduit un véritable droit des patients à l'information et développe la notion de consentement éclairé. La loi rappelle aussi le droit à l'information du « patient mineur » et précise que dans tous les cas, son consentement au traitement doit être systématiquement recherché. Mais c'est la publication, à la demande de la Haute Autorité de santé (HAS), de l'enquête de C. COMPAGNON et V. GHADI [13], qui a clairement montré que la maltraitance existe bien dans les hôpitaux, y compris dans les services de pédiatrie. Les professionnels qui ont travaillé dans ces services n'ont pas été surpris, car ils savent que l'institution est loin d'être toujours bien-traitante.

### Bien-traitance ou respect des droits et des besoins ?

Comment comprendre le terme de bien-traitance lorsqu'il s'agit d'enfants hospitalisés ? La bien-traitance n'est pas l'inverse de la maltraitance et il ne suffit pas bien sûr de ne pas maltraiter les enfants

1 - Sous le terme d'hôpital, nous entendons l'hôpital de soins aigus de court séjour à l'exclusion de l'hôpital psychiatrique, de l'hôpital de jour et des structures de long séjour.

pour être bientraitant. Mais suffit-il d'appliquer des règles, des procédures pour être bientraitant vis-à-vis des enfants hospitalisés? Les associations et les professionnels engagés auprès des enfants utilisent plus volontiers le terme de *respect des droits de l'enfant et de ses besoins* que celui de *bienveillance*. En effet, le respect des droits de l'enfant le situe comme un sujet, une personne en devenir qui a des droits, mais aussi des besoins pour pouvoir se développer harmonieusement et devenir adulte. Il y a dans le terme de *bienveillance* un appel à une position affective et morale et dans celui de *respect des droits de l'enfant et de ses besoins* un point de vue rationnel et légal. D. RAPOPORT constate d'ailleurs que le concept de bienveillance est largement enraciné dans la Convention internationale des droits de l'enfant [14], tout en conférant au terme de bienveillance, une force émotionnelle, qui va au-delà du droit.

### Les conditions de la bienveillance des enfants hospitalisés

#### Reconnaître nationalement la spécificité de l'hospitalisation pédiatrique et porter politiquement cette question

On ne peut qu'être étonné que l'hospitalisation des enfants soit un sujet si souvent oublié. Oublié... pas par les parents, pas par les pédiatres, pas par les personnels travaillant en pédiatrie, mais par tous ceux qui sont chargés d'organiser, de gérer, d'administrer de façon que les enfants soient correctement traités à l'hôpital. Nous faisons ce constat à partir d'une longue expérience associative. Comment peut-on aborder le sujet de la bienveillance des enfants hospitalisés quand les responsables méconnaissent les enfants comme une population spécifique avec de multiples facettes? Le grand public est sensible à ce sujet. À l'occasion des grands rendez-vous médiatiques comme le téléthon, le public manifeste une émotion légitime, mais le don (indispensable pour la recherche) permet d'oublier rapidement, tout en ayant bonne conscience... Les journalistes relayent peu les informations sur les questions très quotidiennes de l'hospitalisation des enfants et préfèrent n'aborder le sujet que par le biais des scandales. Sous la pression de très nombreuses associations de parents ainsi que celle de la Société française de pédiatrie, il a fallu plus de deux ans de discussions avec la HAS pour qu'elle accepte de considérer les enfants hospitalisés comme une population spécifique avec des besoins et des droits particuliers et qu'elle intègre cette catégorie particulière dans son manuel de certification V2010 (sous l'appellation de critère 19a). Il faut reconnaître qu'à partir de là, la HAS a poursuivi ce chemin puisque c'est sous son égide que des représentants d'associations et de professionnels de la santé de l'enfant ont rédigé d'un long texte explicatif, sur les raisons qui justifient les particularités de la prise en charge

médicale des enfants. Ce texte *Enjeux et spécificités de la prise en charge des enfants et des adolescents en établissement de santé* [15] avec ses recommandations et ses préconisations a pour but la bienveillance de l'enfant hospitalisé.

De manière générale, l'impulsion doit venir du politique, au sens premier et noble de ce terme. En effet, cette impulsion est essentielle pour permettre ensuite aux administrateurs et aux gestionnaires de donner aux professionnels comme aux familles les moyens nécessaires à la mise en œuvre d'un vrai respect des droits et des besoins de l'enfant et de sa bienveillance. Le politique a su donner l'impulsion en publiant la circulaire relative à l'hospitalisation des enfants [6], la Charte de la personne hospitalisée [16], la loi de 4 mars 2002 [12]. Or dans le contexte actuel de réduction de tous les budgets, les politiques sont plus réservés et les surcoûts que risquerait d'entraîner un meilleur respect des droits et des besoins des enfants les conduit à fuir les demandes et à « oublier » la question des enfants hospitalisés et de leur bienveillance. À l'occasion de la campagne présidentielle de 2012, en France, un manifeste, *Le Manifeste des droits des enfants malades* [17] signé par plus de cinq cents associations et soutenu par les pédiatres hospitaliers a été adressé à tous les candidats à la présidentielle. La lettre d'accompagnement de ce manifeste disait « [...] *Les enfants et les adolescents d'un pays sont l'enjeu stratégique d'une nation qui veut assurer son avenir. Les dirigeants actuels et à venir doivent prendre des engagements forts vis-à-vis de cette population. C'est dans cette intention que nous nous permettons aujourd'hui de vous adresser, au nom de toutes les associations signataires le Manifeste des droits des enfants malades. Ces centaines d'associations, toutes impliquées dans le secteur de l'enfance souhaitent connaître votre programme et vos engagements sur les thèmes abordés dans ce manifeste [...]* ». Le manifeste détaille ensuite les actions concrètes à entreprendre pour bientraiter les enfants, respecter leurs droits et leurs besoins. À ce manifeste, les associations signataires n'ont reçu de réponse que de ceux que l'on appelle « les petits candidats »... Et la presse écrite a très peu relayé le communiqué de presse annonçant ce manifeste. Actuellement ce même manifeste est adressé à l'échelon politique (ministre de la Santé) et il semble que l'on observe les manœuvres habituelles du politique qui veut éviter de s'engager. Cet exemple illustre qu'il est plus facile de parler (et d'écrire) sur la bienveillance que de mettre en œuvre les moyens humains, financiers et matériels pour la rendre effective.

#### Appliquer les textes

Les textes, qui explicitent ce qu'est la bienveillance, ce que signifient respecter les besoins et les droits des enfants, existent : ce sont la Convention internatio-

nale des droits de l'enfant [18] (ratifiée par la France en 1990) et la Charte européenne de l'enfant hospitalisé et ses commentaires [19]. Un site internet [20] conçu par des non-juristes, reprend ces textes afin de permettre aux familles comme aux professionnels de les comprendre et de savoir les utiliser au quotidien dans l'intérêt de l'enfant. Ces textes, appliqués dans la réalité quotidienne permettront de limiter grandement les situations de maltraitance à enfant décrites par C. COMPAGNON et V. GHADI dans leur enquête. Ils permettront aussi de ne pas se payer de mots en parlant de bien-traitance, mais de la mettre en œuvre effectivement. Nous reprenons les principaux points abordés dans ces textes.

### **Faciliter les alternatives à l'hospitalisation**

L'hôpital n'est pas l'unique solution à tous les problèmes de santé de l'enfant. Le recours massif aux urgences de l'hôpital, pose, on le sait un vrai problème de santé publique. Mais pour qu'un enfant malade puisse être soigné chez lui, un certain nombre de conditions doivent être réunies. Les situations de précarité des familles de plus en plus fréquentes et l'extension des déserts médicaux ne favorisent pas le maintien de l'enfant dans son milieu familial. L'inégalité de la répartition des pédiatres dans les différentes régions rend problématique la continuité des soins après une hospitalisation. Dans les maladies graves (comme les cancers par exemple), les familles rencontrent des difficultés avec une hospitalisation à domicile qui n'est pas organisée en fonction des spécificités pédiatriques. En effet, les réseaux de soins ont été développés en tenant plutôt compte de l'organe atteint. Les compétences pédiatriques des personnels de ces réseaux restent donc à développer.

### **Permettre, faciliter, encourager la présence d'un parent auprès de l'enfant hospitalisé**

Actuellement, la plupart des services ont intégré la présence des parents auprès de leur enfant dans leur pratique quotidienne. Mais il reste néanmoins environ 20 % de services qui limitent la présence des parents sous des prétextes divers. Ce sont en général les services les plus durs (chirurgie spécialisée, salles de réveil postopératoire, réanimation), c'est-à-dire ceux où les enfants ont plus qu'ailleurs besoin de la présence et du réconfort de leurs parents. Le plus souvent, les parents n'osent pas se plaindre, mais à l'intérieur d'une institution, ces situations sont connues de tous les professionnels. Cet inacceptable refus de la présence des parents de la part de quelques services, doit conduire l'administration à agir pour le faire cesser. Il ne suffit pas de permettre la présence d'un parent auprès de l'enfant, encore faut-il que l'espace soit aménagé. Cet aménagement est prévu lors des nouvelles constructions, mais dans les autres cas c'est souvent l'imagination et la bonne volonté d'une équipe

qui permettent d'accueillir décemment l'enfant avec ses parents. Si un parent reste auprès de son enfant, il va de soi qu'il faut lui proposer des moyens de se restaurer, de prendre une douche, de ranger ses affaires, etc. Ayant à faire face à des difficultés financières, certains hôpitaux n'hésitent plus à demander une participation financière à la famille ; or la présence d'un parent fait partie de l'hospitalisation de l'enfant et elle doit être gratuite. La question de la gratuité amène d'emblée à aborder la question de la disponibilité des parents pour rester auprès de l'enfant malade et les questions financières que pose l'hospitalisation d'un enfant. Les parents qui travaillent n'ont le droit qu'à très peu de jours de congé pour « enfant malade ». Lorsqu'un des parents doit arrêter son travail pour la maladie d'un enfant (généralement une maladie qui impose une hospitalisation prolongée ou des hospitalisations répétées), à la souffrance de la famille du fait de la maladie de l'enfant, se surajoute un réel problème financier. Les aides actuellement proposées sont insuffisantes. Dans ces cas, la solidarité nationale doit jouer son rôle : c'est donc une décision politique qui doit aller dans le sens de la bien-traitance de l'enfant hospitalisé. L'enfant malade ne doit pas être coupé de sa famille. Si son état le lui permet, il doit pouvoir recevoir des visites de ses frères et sœurs, de ses camarades. En néonatalogie, par exemple, il est essentiel que le service aménage, en accord avec les parents et avec l'aide de psychologues, la visite des aînés au petit dernier prématuré.

### **Informers les parents, l'enfant pour permettre leur rôle actif, leur participation, leur consentement**

Le droit à l'information des parents et de l'enfant est une avancée essentielle et ce droit figure de façon claire dans la loi du 4 mars 2002. Là encore, il ne suffit pas de prescrire, il faut mettre en œuvre. Et informer, surtout lorsqu'il s'agit d'une situation grave, n'est pas simple. Des formations des médecins et des soignants à la façon d'informer les familles et les enfants sont nécessaires. Il ne suffit pas de donner une information, il faut savoir la donner au bon moment, la donner avec des termes adaptés, la répéter autant de fois que nécessaire. Il importe aussi que les professionnels sachent que ce qu'ils disent n'est pas forcément entendu et compris comme ils le souhaiteraient [21]. L'information concerne le diagnostic, les traitements, les risques, mais aussi tout ce qui concerne la vie quotidienne de l'enfant malade et de sa famille au quotidien : les examens prévus, les dates de rendez-vous, etc. L'information est un travail d'équipe et la cohérence de ce qui est dit par les uns et les autres est essentielle. Une information bien donnée aux parents leur permet d'avoir un rôle actif et de participer à l'information de leur enfant. L'information des enfants doit tenir compte de l'âge et des capa-

cités de compréhension de l'enfant. Le rôle et l'aide actifs des parents sont essentiels. Tous les moyens adaptés à l'âge de l'enfant doivent être utilisés pour lui permettre de se réapproprier son histoire, d'être actif et de participer à son traitement. L'enfant doit pouvoir exprimer ses peurs, ses refus, ses angoisses. L'information des enfants et des parents demande de la part des professionnels, du temps, un savoir-faire et un savoir-être. Les professionnels doivent pouvoir bénéficier de formations à cet aspect essentiel du traitement et des soins à un enfant hospitalisé.

### Réduire les agressions physiques et protéger l'enfant de la douleur

Prendre en charge la douleur de l'enfant est inscrit dans les lois, les circulaires. Et pourtant les exemples ne manquent pas de douleurs de l'enfant niées, non ou mal traitées, de personnels non formés à une bonne prise en charge de la douleur de l'enfant. Face à l'enfant qui souffre, qui a peur, qui refuse un soin, les mots, le langage du corps, les soupirs peuvent aussi être blessants et donc des occasions ponctuelles de maltraitance. Il arrive aussi que pour un geste médical, douloureux et que l'enfant refuse, plusieurs adultes se chargent d'immobiliser l'enfant (Figure 1) plutôt que de prendre le temps de lui donner des explications et d'utiliser les moyens qui permettent de réduire cette douleur. Cette contention (*restraint* en anglais), encore largement répandue, a fait l'objet en 2010 d'une résolution de toutes les associations européennes de l'*European Association for Children in Hospital* pour appeler à la faire cesser. Cette résolution rappelle que « [...] tous les hôpitaux dans lesquels on traite les enfants, doivent avoir un personnel médical et soignant formé à la prise en charge des enfants ainsi qu'une organisation qui permette d'atténuer chez les enfants la peur, la douleur et la détresse. »

Figure 1 – Il est possible de faire autrement...



### Hospitalisation dans des services d'enfants

Les enfants n'ont pas leur place dans les services d'adultes. On estime pourtant de 25 % à 30 % le pourcentage d'enfants encore hospitalisés dans les services d'adultes. Les textes, que ce soient les circulaires, les lois, ou les schémas régionaux d'organisation des soins de l'enfant et de l'adolescent, rappellent la nécessité de l'hospitalisation des enfants dans des services d'enfants. Ces services doivent avoir un personnel médical et soignant, en nombre suffisant, formé et compétent pour répondre aux besoins physiques, psychologiques et émotionnels des enfants et de leurs familles. On sait qu'aujourd'hui, il y a une réelle pénurie de pédiatres et que les infirmiers en nombre de plus en plus restreint sont submergés de travail. On est loin dans ces cas de la bien-traitance... Les réorganisations en cours consistent souvent à fusionner plusieurs services : c'est ainsi que les urgences pédiatriques, fondues dans les urgences générales, conduisent les enfants à être témoins de situations traumatisantes qu'ils n'ont pas à voir. On pourrait multiplier les exemples où les restructurations ne tiennent aucun compte des droits et des besoins des enfants et sont donc des occasions de maltraitance.

### Respect des besoins éducatifs et culturels des enfants hospitalisés

L'éducation est en France un droit constitutionnel. Le préambule de la Constitution de la V<sup>e</sup> République déclare en effet que « *La Nation garantit l'égal accès de l'enfant et de l'adulte à l'instruction, la formation professionnelle et à la culture.* » L'enfant hospitalisé ne peut pas être exclu de ce droit. Il est essentiel pour l'enfant de poursuivre sa scolarité, dans des conditions qui tiennent compte de sa maladie et de maintenir un lien avec son école d'origine.

Seulement la moitié des services de pédiatrie ont une école. Les associations, comme l'école à l'hôpital, les associations de la Fédération pour l'enseignement des malades à domicile et à l'hôpital travaillent en collaboration avec l'Éducation nationale et cherchent à pallier les manques. Mais ici et là, de façon très discrète, le manque d'enseignants conduit les inspections académiques à se servir du moindre prétexte pour fermer l'école d'un service hospitalier. Parfois, une ville entière se solidarise avec l'école du service de pédiatrie, mais c'est loin d'être toujours le cas. Tout comme l'école, le jeu est essentiel pour le développement harmonieux d'un enfant. Or les hôpitaux recrutent de moins en moins d'éducateurs de jeunes enfants qui sont des professionnels du jeu. Pour l'enfant malade et hospitalisé, l'école, les activités culturelles, le jeu sont très importants : il ne s'agit pas de lui accorder un petit plus, mais de satisfaire un besoin fondamental rendu particulièrement important du fait de la maladie.

## Conclusion

Qu'on la nomme bientraitance, respect des besoins et des droits des enfants, prise en compte de la personne de l'enfant, etc., ce qui est important est sans doute plus le contenu du concept que la façon de le désigner. Qu'il s'agisse du médecin ou de l'infirmier, la bientraitance est tout simplement une obligation professionnelle. Le concept de bientraitance se diffuse largement dans le monde hospitalier et l'on voit se multiplier les séminaires et les formations à la bientraitance. La formation des personnels, infirmiers, mais aussi médecins est certes indispensable, mais on peut craindre un effet de mode. En effet à quoi rime de faire une formation sur l'écoute de la parole de l'enfant, par exemple si dans le même temps on ne donne pas matériellement au professionnel le temps de le faire. Il ne faudrait pas que le terme de bientraitance des enfants hospitalisés devienne le moyen commode pour des institutions, des administrations, des responsables de se déculpabiliser et d'oublier qu'au-delà des personnes, c'est l'organisation mise en place par l'institution qui peut être maltraitante. Au sens médical du terme, l'hôpital traite bien, en tout cas, c'est sa mission. Mais on sait aussi que par nature, l'institution hospitalière comme n'importe quelle organisation a un potentiel de maltraitance. L'article III de la Convention internationale des droits de l'enfant, que la France se doit de respecter puisqu'elle l'a ratifiée, précise : « 1. Dans toutes les décisions qui concernent les enfants, qu'elles soient le fait des institutions publiques ou privées de protection sociale, des tribunaux, des autorités administratives ou des organes législatifs, l'intérêt supérieur de l'enfant doit être une considération primordiale [...] »

L'intérêt supérieur de l'enfant n'est pas toujours au rendez-vous des décisions prises. La bientraitance non plus. L'objectif, c'est donc d'aller vers un mieux et de savoir en permanence interroger et remettre en question les modalités d'organisation, les pratiques, les façons de faire, les opinions. Bientraiter l'enfant hospitalisé, c'est savoir l'accueillir, respecter sa personne, sa dignité, son intimité et c'est aussi accepter de changer notre regard d'adulte sur cet enfant. ✂

## Références

- 1- RAPOPORT D, LEVY J. Les conditions de vie du nourrisson sans famille, possibilités et limites d'une recherche en pouponnière. *Revue de neuropsychiatrie infantile* 1977; 25-2: 103-116.
- 2- LEVY J, RAPOPORT D. Enfants en pouponnière demandent assistance. Service du film de recherche scientifique, 1977.
- 3- RAPOPORT D. Le temps nécessaire : l'expérience de l'Opération pouponnière *in*: Maltraitements institutionnelles, sous la direction de M. Gabel, F. Jésus, M. Manciaux, Fleurus, 2000, 306 p.
- 4- TOMKIEWICZ S, VIVET P. Aimer mal, châtier bien, enquêtes sur les violences dans les institutions pour enfants et adolescents, ed. Seuil, Paris 1991, 303 p.
- 5- GIRODET D. Place et rôle de l'hôpital dans la prise en charge des enfants maltraités. Guide de l'hospitalisation des enfants. APACHE, Paris 2000: 299-303.
- 6- CIRCULAIRE n° 83-24 DU 1<sup>ER</sup> AOÛT 1983 relative à l'hospitalisation des enfants. Disponible sur <http://droits-enfant-hopital.fr/enfant-hopital-loi-circulaire-relative-a-l-hospitalisation-des-enfants.html> (Consulté le 15-01-2013).
- 7- LELONG M, LEIBOVICI S. Problèmes psychologiques et psychopathologiques posés par l'enfant à l'hôpital. *Archives françaises de pédiatrie* 1995; 12-2: 349-367.
- 8- WEIL-HALPERN F. L'hospitalisation du jeune enfant en Grande-Bretagne. *Revue de Neuropsychiatrie infantile* 1978; 2-3: 87-90.
- 9- MOUGEL S. Des parents longtemps tenus à distance. Au chevet de l'enfant malade. Armand Colin, Paris 2009, 272 p.
- 10- ROBERTSON J. Jeunes enfants à l'hôpital. Centurion, Paris. 1972, 158 p.
- 11- ROBERTSON J. et J. Un enfant de deux ans va à l'hôpital. 1952, 45 mn, 16 mm, N & B, VF. (Film).
- 12- LOI DU 4 MARS 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Disponible sur <http://droits-enfant-hopital.fr/enfant-hopital-loi-les-textes.html> (Consulté le 15-01-2013).
- 13- COMPAGNON C, GHADI V. La maltraitance « ordinaire » dans les établissements de santé. Étude sur la base de témoignages, 2009. Disponible sur [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-01/rapport\\_ghadi\\_compagnon\\_2009.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-01/rapport_ghadi_compagnon_2009.pdf) (Consulté le 15-01-2013).
- 14- RAPOPORT D. La bientraitance envers l'enfant. Ed. Belin, Paris 2006, 208 p.
- 15- HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ (HAS). Enjeux et spécificités de la prise en charge des enfants et des adolescents en établissement de santé - Certification V2010. 2012, 42 p. Disponible sur [www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-02/20120213\\_guide\\_pec\\_enfant\\_ado.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-02/20120213_guide_pec_enfant_ado.pdf). (Consulté le 18-01-2013).
- 16- La Charte de la personne hospitalisée. Disponible sur : <http://droits-enfant-hopital.fr/enfant-hopital-loi-charte-de-la-personne-hospitalisee.html> (Consulté le 15-01-2013).
- 17- Le Manifeste des droits des enfants malades. Disponible sur : <http://droits-enfant-hopital.fr/enfant-hopital-loi-le-manifeste-des-droits-des-enfants-malades-6.html> (Consulté le 15-01-2013).
- 18- Convention internationale relative aux droits de l'enfant. Disponible sur <http://droits-enfant-hopital.fr/enfant-hopital-loi-convention-internationale-des-droits-de-l-enfant.html> (Consulté le 15-01-2013).
- 19- Charte européenne de l'enfant hospitalisé et les commentaires. Disponible sur <http://droits-enfant-hopital.fr/enfant-hopital-loi-charte-europeenne-de-l-enfant-hospitalise.html>
- 20- L'enfant, l'adolescent à l'hôpital et la loi. Comment s'y retrouver. Disponible sur <http://droits-enfant-hopital.fr/enfant-hopital-loi-accueil.html> (Consulté le 15-01-2013).
- 21- FUNCK-BRENTANO I. Le dit et l'entendu dans le dialogue soignant-enfant-parents en pédiatrie. Guide de l'hospitalisation des enfants, APACHE, Paris 2000, pp. 61-66.

**Conflit potentiel d'intérêts** : aucun