



HAL
open science

Le “ prendre-soin ” au cœur des urgences pédiatriques

Cindy Marsault

► **To cite this version:**

Cindy Marsault. Le “ prendre-soin ” au cœur des urgences pédiatriques. Sciences du Vivant [q-bio]. 2018. dumas-02104190

HAL Id: dumas-02104190

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02104190v1>

Submitted on 19 Apr 2019

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Institut Universitaire Santé Social Licence professionnelle santé

Mention gestion des structures sanitaires et sociales

Parcours 2 : Pratiques professionnelles et enfance : de la naissance à l'adolescence

Présenté et soutenu publiquement par
MARSAULT CINDY

Le « Prendre-soin » au cœur des urgences pédiatriques

Mémoire dirigé par **Laugel Christine**

JURY

- Mme Laugel Christine : cadre formatrice, IFSANTÉ – Université Catholique de Lille
- M. Baczkowski Antoine : responsable pédagogique des licences, IU2S – Université Catholique de Lille

Étudiante puéricultrice - Promotion 2018

REMERCIEMENTS

C'est avec grand plaisir que je vous fais part ici des personnes qui m'ont été précieuses pour la réalisation de ce projet professionnel.

Dans un premier temps, je tiens à remercier ma famille : mon mari, pour son soutien et ses encouragements tout au long de cette année, et pour sa « *prise en soin* » remarquable de nos adorables enfants le temps de mes études ; Louise et Achille, pour leur patience, mes parents, pour leur disponibilité, leur soutien, leur écoute et leurs encouragements au même titre que ma soeur et sa famille.

Dans un deuxième temps, il m'est important de souligner la direction et l'encadrement du centre hospitalier de mon lieu d'exercice m'ayant permis de bénéficier de cette promotion professionnelle et de réaliser l'ensemble de ces recherches.

Ensuite, je tiens à remercier Mme Laugel, cadre formatrice référente de ce mémoire, pour sa disponibilité, son accompagnement tant individuel que collectif, et sa bienveillance. J'ajoute également M. Baczkowski responsable pédagogique des licences à l'IU2S.

D'autre part, je remercie les professionnelles et l'encadrement des lieux d'exercices où j'ai pu mener à bien mes recherches.

Enfin, je remercie l'ensemble de mon entourage, mes amis, mes collègues de travail, mes collègues de promotion d'IFSANTE, pour leur patience et leurs encouragements.

SOMMAIRE

I. INTRODUCTION.....	1
II. CONSTAT.....	3
1. LE LIEU D'EMERGENCE DU CONSTAT : LES URGENCES PÉDIATRIQUES....	3
1.1. Quelques généralités.....	3
1.2. Les représentations du service des urgences pédiatriques.....	3
1.3. L'étude auprès des parents.....	4
2. SITUATION.....	5
3. QUESTIONNEMENT INITIAL.....	8
III. CADRE CONTEXTUEL.....	9
1. LA PUÉRICULTRICE : ACTRICE D'UNE PRISE EN SOIN HOLISTIQUE DE L'ENFANT ET DE SA FAMILLE.....	9
1.1. La puéricultrice.....	9
1.2. La famille.....	11
1.2.1 Les besoins des familles à l'hôpital	11
1.2.2 Les besoins de l'enfant.....	12
1.2.3 Les besoins des soignants.....	13
2. LES URGENCES PÉDIATRIQUES.....	14
2.1 L'organisation spécifique du service d'urgences pédiatriques.....	14
2.2 De la nature du soin à la cotation du soin.....	15
2.3 Une demande de soin croissante : « des services surchargés ».....	15
2.3.1 Les causes de la demande de soin croissante : l'évolution sociétale ?... 16	
2.3.2 L'évolution de l'offre de soin.....	18
IV. CADRE CONCEPTUEL.....	19
1. LE PRENDRE SOIN.....	19
1.1 « Le soin » ou « les soins » ?.....	19
1.2 La relation de soin.....	21
1.3 Les difficultés au prendre soin.....	25

2.	LES REPRÉSENTATIONS SOCIALES.....	28
2.1	Historique (Fondements des représentations sociales).....	28
2.2	Les approches théoriques.....	30
2.3	La vie de ces représentations sociales aux urgences pédiatriques.....	33
V.	PROBLÉMATIQUE ET HYPOTHÈSES.....	35
VI.	CADRE MÉTHODOLOGIQUE.....	35
1.	PRÉSENTATION DE L'ENQUETE EXPLORATOIRE.....	35
1.1	Choix de l'outil.....	35
1.2	Présentation des lieux d'entretien et choix de la population interrogée.....	36
1.2.1	Les lieux d'entretien.....	36
1.2.2	La population interrogée.....	37
1.3	Déroulement des entretiens.....	39
1.4	Limites et difficultés de l'entretien.....	40
2.	ANALYSE DE L'ENQUETE EXPLORATOIRE.....	40
2.1	Méthodologie.....	40
2.2	Analyse.....	41
2.2.1	La spécialité de la pédiatrie.....	41
2.2.2	Le soin : de l'accueil aux procédures.....	44
2.2.3	Anxiété et communication : pour une relation de soin de qualité, auprès de l'enfant et de sa famille, mais aussi au sein d'une équipe de professionnels.....	45
2.2.4	De la qualité de la communication aux difficultés de la prise en soin....	51
2.2.5	De la difficulté du soin à la qualité de soin.....	59
3.	SYNTHÈSE DE L'ANALYSE ET RETOUR SUR LES HYPOTHÈSES.....	62
VII.	CONCLUSION.....	64

BIBLIOGRAPHIE

ANNEXE I

ANNEXE II

I. INTRODUCTION

« En France, la demande de soins pédiatriques urgents augmente jusqu'à engorger l'ensemble des systèmes de soins »¹. En effet, diverses études évoquent l'engorgement des services d'urgences pédiatriques avec la notion d'admission de patients pour « pathologies bénignes » où « près de neuf enfants sur dix vus en consultation non programmée sont retournés à leur domicile sans renvoi ultérieur vers un médecin »².

L'accueil de ces services est réalisé 24H/24 pour divers motifs de consultations et ne s'effectue pas selon l'ordre d'arrivée, mais selon la gravité de la situation d'urgence. Les périodes d'épidémies, notamment hivernales, augmentent l'activité de soins de ces services. Nous y rencontrons régulièrement des enfants présentant des troubles digestifs, respiratoires, neurologiques, cutanés, ou encore des traumatismes ostéo-articulaires, etc. L'un des motifs de consultation les plus fréquents est la présence de fièvre, isolée ou associée à d'autres symptômes cliniques. Cependant, le Dr. Mercier, pédiatre, indique « qu'un nombre croissant de jeunes parents consultent aux urgences pour de simples problèmes de puériculture qui demandent un certain temps d'éducation thérapeutique »³. Ces données interpellent les professionnels de santé quant aux besoins des familles consultant avec leur enfant aux urgences pédiatriques.

La représentation du soin de la puéricultrice ne correspond alors peut-être pas aux besoins du patient et de ses proches venant consulter aux urgences pédiatriques. Ses missions sont diversifiées et sont qualifiées de « défis contemporains. »⁴

Ayant moi-même une expérience professionnelle au cœur d'un service de consultation d'urgences, j'ai été interpellée par ce problème de société. Dans le cadre de mes études de puéricultrice, j'ai alors trouvé intéressant d'élaborer mon travail de recherche autour de ce sujet.

Découvrons alors ensemble dans un premier temps la mise en place de mon questionnaire faisant suite à l'étude d'un article, et au récit d'une situation interpellante et représentative, vécue en tant qu'infirmière. Puis, nous nous intéresserons à la question de

¹ STAGNARA, J., VERMONT, J., DUQUESNE, A et al. Urgences pédiatriques et consultations non programmées — enquête auprès de l'ensemble du système de soins de l'agglomération lyonnaise. *Archives de Pédiatrie*, 2004, vol 11, n°2, p. 109.

² Ibid p. 112.

³ MERCIER, J-C. Organisation des urgences pédiatriques en Île-de-France. *Cahiers de la Puéricultrice*, 2014, vol 51, n°281, p. 15.

⁴ ARSLAN, S., HESBEEN, W. *Soin(s), perspectives éthiques : des pratiques de soins au prendre soin*. Paris : Séli Arslan, 2015, p. 10. (Perspective Soignante).

recherche suite à laquelle les principaux acteurs seront étudiés - la puéricultrice, l'enfant, sa famille - ainsi que le contexte des urgences pédiatriques. Ensuite, nous continuerons nos lectures autour des différents auteurs du cadre conceptuel relatif au prendre soin et aux représentations sociales. Dans un troisième temps, nous explorerons la méthodologie de ce travail de recherche afin de répondre à la problématique et aux deux hypothèses posées. Enfin, nous exposerons les résultats de l'analyse de l'enquête menée afin d'aboutir à la conclusion.

En espérant que vous preniez plaisir à lire ce mémoire, laissons place maintenant au soin aux urgences pédiatriques.

II. CONSTAT :

1. LE LIEU D'ÉMERGENCE DU CONSTAT : LES URGENCES PÉDIATRIQUES

1.1. Quelques généralités

Les urgences pédiatriques sont un lieu d'accueil où nous rencontrons des enfants présentant une atteinte physique ou psychologique causée par une maladie émergente, chronique, ou suite à un traumatisme. Les enfants sont la plupart du temps accompagnés par la famille, en majorité par les parents ou les proches détenant l'autorité parentale.

Depuis leur création au milieu des années 1960, la fréquentation des urgences pédiatriques est en constante augmentation. Elle est évaluée à 5% par an⁵, plus encore en périphérie des grandes villes. Les médias parlent « d'explosion » du recours des familles aux urgences pédiatriques, alors que paradoxalement, face à l'amélioration de l'état de santé de la population pédiatrique, une baisse du nombre d'hospitalisation et de la durée des séjours hospitaliers est constatée. Le temps du soin dans ces services est alors associé au terme de « défis de soins »⁶. D'ailleurs Walter Hesbeen, infirmier et docteur en santé publique de l'université de Louvain en Belgique, écrit « l'évolution somme toute récente du système de soins nous donne des indications précieuses quant aux défis contemporains auxquels sont confrontés les professionnels, les organisations et les dispositifs de formation »⁷. En effet, l'organisation du système de santé couplée au changement sociétal⁸ serait également en lien avec cette demande de soins croissante.

Il me semble donc intéressant d'émettre un regard sur nos représentations du soin d'urgence, et également sur les besoins des parents venant consulter aux urgences pédiatriques, face à l'évolution de notre société.

1.2. Les représentations du service des urgences pédiatriques :

Aux prémices de ma pratique professionnelle en pédiatrie, je me suis représenté les

⁵ MERCIER, J-C. Organisation des urgences pédiatriques en Île-de-France. *Cahiers de la Puéricultrice*, 2014, vol 51, n°281, p. 14.

⁶ ARMENGAUD, D. Le quiproquo des urgences pédiatriques. *Enfances & Psy*, 2002, n°18, p. 10.

⁷ ARSLAN, S., HESBEEN, W. *Soin(s), perspectives éthiques : des pratiques de soins au prendre soin*. Paris : Séli Arslan, 2015, p. 11.

⁸ HERNANDORENA, X. Urgences pédiatriques débordées : que faire des fausses urgences ? *Spirale*, 2013, n° 65, p. 158-162.

consultations d'urgences avant tout comme un lieu de rapidité de soin, de technicité, de l'urgence vitale ; en soit, une spécialité associée à une richesse de technicité de soins. Or, plusieurs fois par semaine, il m'arrive d'accueillir des familles venant consulter aux urgences sans qu'il ne soit nécessaire de réaliser de soins techniques (j'entends par ces derniers la prise de sang, la pose de voie veineuse périphérique, la mise en place de moyens d'oxygénothérapie...). À ces faits, s'ajoute également la constatation d'une incompréhension de la part des soignants face aux motifs de consultation des familles en urgence.

Nos représentations peuvent-elles alors interférer dans la prise en charge des familles aux urgences ?

J'ai notamment pu remarquer la redondance de consultations médicales aux urgences pédiatriques pour le même motif qu'antérieurement ; pour l'enfant en question ou un autre de la fratrie. Ces données dépassent nos frontières et se retrouvent notamment en Suisse où une étude précise : « *Actuellement, les services d'accueil des urgences pédiatriques voient une hausse de fréquentation pour des cas "non urgents", souvent reflète d'une incompréhension des informations médicales reçues.* »⁹; je surligne alors cette notion.

In fine, face à la perturbation de la santé de leur enfant, les parents sont amenés à consulter avec leur enfant aux urgences pédiatriques, et une défaillance dans notre pratique de soignant est pointée. Qu'attendent alors les parents du soin de l'équipe spécialisée ?

Pour illustrer leurs besoins, laissons place aux résultats de l'étude évoquée ci-dessus.

1.3. L'étude auprès des parents

Cette étude a été réalisée en Suisse, à l'hôpital de l'enfance à Lausanne et s'intitule « *Familles fréquentant un service d'accueil d'urgences pédiatriques : expérience, satisfaction et besoins* »¹⁰. Sa réalisation découle des faits observés aux urgences pédiatriques (faits que je vous ai rapportés en partie ci-dessus). Je cite l'un des médecins « *l'objectif de cette étude était de connaître l'expérience et les besoins des familles usagères des services d'accueil d'urgences pédiatriques afin de proposer des solutions adaptées* ». Cette étude a été réalisée à l'aide d'entretiens semi-directifs et de questionnaires auprès des parents, après la consultation ou en salle d'attente. Il en ressort deux axes. L'un est positif : « *Expérience satisfaisante sur la qualité de la prestation médicale, la relation soignant-enfant et l'attitude générale des soignants* ». Le second est amélioratif : « *Les points critiques concernaient l'accueil (aspect*

⁹ PERRET, S., GEHRI, M., PLUIES, J et al. Familles fréquentant un service d'accueil des urgences pédiatriques : expérience, satisfaction et besoins. *Archives de Pédiatrie*, 2017, vol 24, n° 10, p. 960.

¹⁰ Ibid p. 960.

pratiques et organisationnels essentiellement), l'attente, ainsi que divers points liés à la relation soignants-famille». Les auteurs résument alors les besoins des familles : « les familles souhaitent plus de communication et de présence de la part des soignants (...), (elles) témoignent d'un stress global, demandent principalement à se sentir rassurées, entendues et informées. »

Ainsi, aux urgences pédiatriques, la relation soignant/enfant n'est pas évaluée comme le cœur du problème parental, le besoin des familles se situe dans la communication avec le soignant.

Alors, en quoi la puéricultrice peut-elle améliorer sa posture lors de la relation soignant/parent ?

Afin d'étayer ma situation interpellante, je vais maintenant vous faire part du versant de la posture du soignant à travers une situation professionnelle vécue en tant qu'infirmière. Ainsi, à distance, les failles de la prise en soin véhiculées par l'étude seront plus évidentes à relater, afin d'orienter les objectifs de ce mémoire.

2. SITUATION

Les motifs d'entrée accompagnés d'une inquiétude parentale sont multiples. Ils témoignent du besoin d'écoute des parents, de leur besoin de conseils, de leur « *peur de ne pas faire aussi bien* », comme ils disent souvent. Je vais prendre l'exemple d'une situation précise, représentative de cas rencontrés à plusieurs reprises avec des familles différentes venant consulter aux urgences pédiatriques, afin d'illustrer ma problématique.

Un soir de semaine, vers 19H, en période d'épidémies hivernales, j'apprends par téléphone via l'Infirmière d'Accueil et d'Orientation des urgences adultes (appelée IOA) l'arrivée de Mme X et de son fils de 20 mois pour le motif de perte d'appétit depuis la veille avec diarrhées.

En effet, concernant l'accueil, les familles se rendent dans un premier temps aux urgences adultes où une IOA les reçoit afin de prendre en compte le degré d'urgence du motif, et de les diriger vers le service de consultation d'urgences pédiatriques, annexé au service de pédiatrie conventionnelle. Avant de monter, les familles passent à l'accueil afin de réaliser les démarches administratives (les renseignements concernant le régime de sécurité sociale et la mutuelle, ainsi que la création du dossier informatisé avec impression des étiquettes).

J'accueille alors la maman de Victor (je l'appellerai ainsi) devant le bureau d'accueil du service de consultation d'urgences pédiatriques. Je me présente et lui demande de m'annoncer le motif de leur venue. Je reporte aussitôt sur le dossier administratif que je lui ai demandé au préalable « perte d'appétit depuis la veille au soir avec émission d'une selle liquide cet après-midi ». La maman est tremblante, essoufflée, les joues rouges, et me dit s'être empressée de venir aux urgences, qu'il y a « *du monde en bas* » et qu'elle est inquiète pour son fils.

Victor est porté par sa maman. Il regarde partout avec étonnement, puis gesticule et souhaite descendre des bras de sa maman. Je découvre alors un petit garçon ne présentant pas de signe de déshydratation au premier abord, qui se met à déambuler dans le couloir, et qui regarde avec plaisir les peintures murales. Dans le même temps une salle de consultation se libère, l'une de mes collègues auxiliaire puéricultrice arrive et invite alors Victor et sa maman à la suivre le temps que je prépare la pochette du dossier administratif (avec feuille de cotation de soins et impression de la feuille d'autorisation de soin). Ma collègue revient aussitôt et m'annonce que Victor est bien tonique. Le dossier en main, je rejoins l'enfant et sa maman.

J'annonce alors à Victor qu'il va falloir le déshabiller pour le peser nu, que nous allons nous occuper de lui, et que sa maman peut participer en commençant à le déshabiller. Dans le même temps, je poursuis ma prise de contact avec la maman et la questionne sur les habitudes de vie de son fils. J'apprends alors que Victor n'est pas encore scolarisé, c'est un premier enfant. Il est gardé par une assistante maternelle la journée car ses deux parents travaillent. Je le complimente sur ses belles chaussettes présentant des personnages de dessins animés. Il rigole. La mère de Victor s'excuse de venir aux urgences, me dit : « *il n'a pas l'air malade comme ça mais il mange moins bien* ». Elle ajoute qu'elle n'a pas réussi à avoir de rendez-vous chez son médecin pour ce soir, qu'elle est inquiète de voir son fils refuser de manger, et qu'elle a peur qu'il soit trop faible et ne perde des forces.

J'explique à la maman et à Victor en quoi consiste la consultation d'urgences au niveau des soins, avec ce que je vais faire dans un premier temps, et que l'interne arrivera ensuite pour examiner Victor. Je note donc dans l'ordinateur la description détaillée de l'arrivée des symptômes jusqu'à ce jour, la prise de constantes avec température, tension artérielle, pulsation et saturation, poids, taille, et l'évaluation de la douleur. Je prends connaissance du carnet de santé, et fais remplir la feuille d'autorisation de soins à la maman. Elle acquiesce et ne dit plus rien. Je lui signale que cette procédure de service est demandée avant que Victor ne soit examiné par le médecin afin que ce dernier ait l'ensemble de ces données pour l'orienter sur le diagnostic.

Dans le même temps, je demande à la maman si elle a déjà entendu parler de l'acétone. Elle me répond que non. Je leur explique alors que nous allons réaliser une analyse d'urine et que, pour cela, je vais lui poser « une petite poche » afin de collecter les urines (le dispositif collecteur d'urines). Avec des mots simples, je rassure et explique que cette analyse d'urines est rapide et qu'elle se fait grâce à une bandelette qu'il faut tremper dans les urines, et qu'elle sert à détecter l'apparition d'acétone comme témoin que le corps puise dans ses réserves en sucres lorsqu'il y a une perte d'appétit. Elle peut être accompagnée de douleurs abdominales et vomissements lorsqu'elle est majorée et, dans ce cas, c'est un cercle vicieux car l'enfant est dans l'incapacité de s'hydrater et de se nourrir. À ce stade, si échec du ressucrage, le traitement est la perfusion de solution glucosée par voie veineuse, d'où la nécessité de ressucrer régulièrement, « *un petit peu mais souvent* ».

Je demande aussitôt à Victor si il boit régulièrement dans la journée. Sa maman me dit alors : « *oh oui oui, il boit régulièrement le jus de fruit de sa petite bouteille, en ce moment il ne veut que ça* ». Je rassure alors madame X en lui expliquant que Victor est bien tonique, que sa tension artérielle et ses pulsations sont correctes, qu'il ne présente pas de signe de déshydratation comme les yeux cernés ou la langue sèche. J'ajoute que l'hydratation, d'autant plus sucrée, à cette période, est importante. Madame X me répond alors : « *oui, mais il ne mange plus de solides, il n'a rien mangé ce midi ni au goûter, juste quelques cuillères de yaourts. Il ne mange vraiment rien, ça m'inquiète, il a un peu de réserve mais quand même. Il ne mange plus ses légumes alors que même les carottes, il adore ça. Là, ce n'est plus équilibré en plus.* »

Je rassure alors madame X en l'informant que le fait de boire des boissons sucrées régulièrement le temps d'un épisode infectieux est bien, même si en effet au quotidien c'est déconseillé, notamment à l'âge de Victor. Mais dans ce cas cela permet au corps de garder des réserves en sucres et d'éviter la présence d'acétone. Je lui dis aussi que c'est tout à fait bien de l'hydrater régulièrement, que c'est ce qu'il faut faire. Mme X sourit et retend la bouteille de jus sucré à son fils. Elle me dit : « *c'est qu'on s'inquiète souvent, on ne sait pas comment ils vont réagir ces petits là. On dit toujours qu'un enfant qui mange bien va bien, et là, c'est pas ça du tout.* » Notre conversation est alors interrompue par un appel téléphonique qui m'annonce l'arrivée d'un autre patient.

Dans un climat de réassurance pour ma part, face aux signes cliniques et à la tonicité de l'enfant, j'annonce alors à Victor et à sa maman que ce premier temps de consultation est terminé, mais que je suis à proximité pour qu'elle puisse me signaler la présence d'urines dans la poche ou pour tout autre motif. J'ajoute que, maintenant, il faut attendre l'interne de

garde qui va arriver dès que possible pour examiner Victor : ses oreilles, sa gorge, son ventre... pour trouver une cause à cette perte d'appétit et demander le résultat de l'analyse d'urines. Pendant ce temps d'attente, je propose alors « un ressucrage » en amenant une compote du parfum souhaité par Victor.

Au final, Victor ne présentera pas de cétonurie, et aura mangé la moitié du pot de compote agrémentée de quelques gorgées de jus de fruit en salle de consultation. L'interne n'aura pas retrouvé de point d'appel ORL ou autre pour expliquer la perte d'appétit. Au vue de la période épidémique et de la faible fréquence de selles liquides à ce moment, il conclura à une suspicion de début de gastroentérite. La sortie a lieu trois heures plus tard avec des recommandations d'alimentation fractionnée, une prescription de paracétamol si douleurs et/ou fièvre, du Tiorfan® (si majoration de la fréquence des selles liquides), ainsi qu'un soluté de réhydratation orale. Victor, à demi-endormi, et sa maman, rassurée, sortiront vers 22H.

Cette situation pour évoque une représentation du soin d'urgence ressenti comme « non-urgent » pour les soignants. En effet, le degré d'importance des symptômes du point de vue du soignant n'est pas forcément le même que celui des parents.

3. QUESTIONNEMENT INITIAL

Rappelons-nous, comme évoqué antérieurement, que la Haute Autorité de Santé¹¹ annonce « *Toute action en lien avec l'enfant ou l'adulte retentit sur l'autre* »¹². Il est primordial dans un contexte d'anxiété parentale, et pour la qualité du soin auprès de l'enfant, de comprendre les failles de la communication soignant/parents soulignées par l'étude Suisse. Plusieurs questions s'imposent alors à moi :

- Comment véhiculer l'information en communiquant de manière optimale ?
- Quelle attitude doit adopter la puéricultrice aux urgences pédiatriques pour prendre soin ?
- Quelles sont les conséquences de la technicité et des procédures dans la communication ?
- Quels sont les freins à la communication aux urgences pédiatriques ? Qu'en est il de la singularité du soin ?
- La perception du soin d'urgence du soignant est elle en accord avec la réalité ?

¹¹ appelée HAS dans les suites de cet écrit.

¹² HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ. Enjeux et spécificités de la prise en charge des enfants et des adolescents en établissement de santé. Certification V2010, 2011, p. 7.

- Qu'est ce que l'expertise de soins dans ces services ? Qu'est ce que le soutien parental aux urgences pédiatriques ?
- En quoi l'évolution sociétale a-t-elle un lien avec ces demandes de soins croissantes aux urgences ?
- En quoi les représentations des parents de l'urgence sont-elles différentes de celles des soignants ? Quelles sont alors les représentations des parents du service de soin urgent ?

De ces interrogations, j'en viens à élaborer ma question de recherche et je me demande :

« Est-ce que la représentation par la puéricultrice du soin aux urgences pédiatriques est un frein à la prise en charge holistique de l'enfant et de sa famille ? »

Afin de pouvoir répondre à cette question de recherche, il est nécessaire de « se nourrir » de connaissances retrouvées lors de mes lectures. Je vais donc vous faire part des données de mon cadre contextuel et conceptuel.

III. CADRE CONTEXTUEL :

1. LA PUÉRICULTRICE : ACTRICE D'UNE PRISE EN SOIN HOLISTIQUE DE L'ENFANT ET DE SA FAMILLE

1.1. La puéricultrice

Mon travail de recherche concerne la puéricultrice et son implication face aux demandes de soins des familles. Étudions alors de plus près ce corps de métier.

Étymologiquement, « puéricultrice » provient des mots latins « *puer* » signifiant enfant, et « *cultivare* » : cultiver, faire grandir, soigner. La naissance de cette profession est due à un pédiatre, le Professeur Lelong¹³, qui revendiquait face à l'évolution de la société à la suite de la 2^{nde} guerre mondiale, une infirmière spécialisée auprès de l'enfant. En effet, l'article R.4311 - 13 du Code de la Santé Publique relatif à la profession d'infirmier précise : « *Les actes concernant les enfants de la naissance à l'adolescence, (...) sont dispensés en priorité par une infirmière titulaire du diplôme d'État de puéricultrice* »¹⁴. Cette profession

¹³ SELLENET, C. *Les puéricultrices au cœur de l'enfance*. Revigny-sur-ornain : Hommes et perspectives/Martin média, 2002, 299 p.

¹⁴ Décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux parties IV et V (dispositions réglementaires) du code de la santé publique et modifiant certaines dispositions de ce code. JORF, n°183 du 8 août 2004, page 37087, texte n° 37086. Article R4311-13.

est définie comme la « *spécialité de la profession infirmière, qui se préoccupe de la promotion, de la prévention et de la protection de la santé de l'enfance et de la famille* »¹⁵. La puéricultrice est donc une infirmière spécialisée présentant un niveau d'expertise dans les soins auprès de l'enfant, et cela, de la naissance à l'adolescence. La puéricultrice peut exercer aussi bien en secteur hospitalier qu'en secteur extra hospitalier.

Ici, dans le cadre de ce travail de recherche, c'est de la puéricultrice travaillant en service d'urgences pédiatriques dont il s'agit. Les enfants sont (dans la plupart du temps) accompagnés des parents. Notre formation nous rappelle notamment par l'arrêté du 13 juillet 1983 « *d'envisager le soin en matière de prévention, de maintien ou de réparation de la santé, dans une approche globale et dynamique de l'enfant par (...) une relation avec la famille (...), de s'ouvrir à la dimension communautaire des problèmes de santé de la famille et de l'enfant (...)* ». La place des familles (ou des adultes ayant en charge les enfants) est ici de nouveau soulignée et a toute son importance dans l'exercice du métier de puéricultrice. En effet, cette infirmière qualifiée effectue des activités de nature « *préventive, curative et éducative* »¹⁶, tant par la réalisation de soins auprès de l'enfant, que par des actions pédagogiques auprès des familles par son écoute, son soutien et son accompagnement. De plus, elle fait face à « *l'adaptation du métier de soigner qui répond à une impérieuse nécessité d'efficacité face aux demandes de soins du patient dans un contexte de santé qui évolue* »¹⁷, et voit ainsi l'émergence de nouvelles pratiques soignantes.

Ainsi, l'ensemble des missions de la puéricultrice s'inscrit dans une prise en charge complexe et globale qu'est la prise en charge holistique de l'enfant et de sa famille. En effet, la puéricultrice se doit d'adhérer au « *modèle de comportement* » lié aux fondements des valeurs infirmières : « *l'humanisme et la prise en charge holistique dans le domaine des soins infirmiers* »¹⁸. Ainsi, le patient sera pris en charge dans son environnement et dans toutes ses dimensions comme un sujet de soins et non pas comme un « objet ». Cette approche holistique a pour finalité de répondre aux attentes des usagers avec l'optique d'une qualité de soins infirmiers.

Explorons alors maintenant l'attente de ces familles venant consulter dans ce contexte des urgences pédiatriques.

¹⁵ GASSIER, J., SAINT SAUVEUR, C de. *Le guide de la puéricultrice*. 3ème éd. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson, 2007, p. 4.

¹⁶ *Ibid.*, p. 4.

¹⁷ DUBOYS FRESNEY, C., PERRIN, G. *Le métier d'infirmière en France : Chapitre III. Reconnaissance de la discipline des soins infirmiers*. Paris : Presses Universitaires de France, 2017. p. 105.

¹⁸ *Ibid.*, p. 116.

1.2. La famille

Il me semble intéressant de développer dans un premier temps les besoins des familles arrivant à l'hôpital, avant de vous faire part de l'organisation du service des urgences. En effet, lors de l'arrivée d'un patient en service de pédiatrie, le soignant prend soin d'accueillir l'enfant et ses parents. « *Dans ce contexte, la traditionnelle relation soignant/soigné devient une relation triangulaire, une triade dans laquelle idéalement tous les acteurs sont en relation les uns avec les autres* »¹⁹.

Chaque acteur de cette triade (parent, enfant, soignant) a des besoins différents, identifions-les.

1.2.1. Les besoins des familles à l'hôpital

Pour illustrer ces besoins, je m'appuie en partie sur les résultats d'une autre étude dont nous fait part C. Vastrade, auteure et responsable infirmière en Belgique, concernant « *l'anxiété des familles de patients hospitalisés dans une unité de soins critiques* »²⁰. L'article identifie les différents besoins des familles « *être rassuré, rester à proximité du patient, recevoir des informations, ne pas souffrir et avoir du soutien (...)* ». Ainsi, Mme Vastrade met en avant l'importance de la communication auprès de l'entourage, qui doit s'exercer dans un climat de confiance, en y accordant le temps nécessaire. D'ailleurs, W. Hesbeen nous informe également des attentes de la population et je cite : « *Mettre du soin dans les soins, mettre, aujourd'hui, plus de soin dans les soins procède d'une nécessité en regard de l'évolution des attentes de la population et des développements scientifiques et techniques des pratiques de soins* »²¹. Cette notion fait écho aux besoins des familles évoqués dans mon constat concernant l'étude réalisée en Suisse. D'ailleurs, la Charte Européenne de l'enfant hospitalisé souligne ce trait « *L'équipe soignante doit être formée à répondre aux besoins psychologiques et émotionnels des enfants et de leur famille* »²².

Aux urgences pédiatriques, la qualité de l'accueil est également primordiale, même devant un afflux important de patients, afin d'obtenir une relation respectueuse où confiance

¹⁹ THIBAUT WANQUET, P. Les aidants naturels auprès de l'enfant à l'hôpital. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson, 2008, p. 51.

²⁰ VASTRADE, C. L'analyse réflexive autour d'une situation de soins. In *Soin(s), perspectives éthiques : des pratiques de soins au prendre soin*. ARSLAN, S., HESBEEN, W. Paris : Séli Arslan, 2015, p. 80.

²¹ ARSLAN, S., HESBEEN, W. *Soin(s), perspectives éthiques : des pratiques de soins au prendre soin*. Paris : Séli Arslan, 2015, p. 24.

²² ASSOCIATIONS EUROPÉENNES. *Charte de l'enfant hospitalisé*. Pays-Bas à LEIDEN, 1988, 1 p.

et empathie sont alors nécessaires. Quant à la notion de communication à l'aide de termes compréhensibles, je me demande l'intérêt de l'explication détaillée de la crise d'acétone pour la maman de Victor, celle-ci pouvant alors « peut-être » être d'autant plus génératrice d'angoisse. Étudions maintenant de plus près les besoins de l'enfant entrant à l'hôpital.

1.2.2. Les besoins de l'enfant

La prise en charge de l'enfant à l'hôpital est soumise à plusieurs recommandations. La Haute Autorité de Santé nous précise notamment de veiller à ses besoins : « *Dès lors qu'un établissement prend en charge des enfants et adolescents, sa politique, déclinée dans son projet d'établissement et dans le projet médical et de soins, prend en compte l'ensemble de leurs besoins (sanitaire, social, éducatif et scolaire, jeux, etc.) (...) en s'appuyant notamment sur la Convention internationale des droits de l'enfant ou de l'adolescent, la charte de l'enfant hospitalisé et différentes circulaires relatives à la prise en charge de l'enfant et de l'adolescent à l'hôpital* »²³.

De plus, l'HAS ajoute « *Ils doivent être réunis par groupes d'âge pour bénéficier de jeux, loisirs, activités éducatives adaptés à leur âge, en toute sécurité* »²⁴ et que « *l'accueil dans l'établissement de l'enfant est indissociable de celui de ses parents (...). Toute action en lien avec l'enfant ou l'adulte retentit sur l'autre* »²⁵. En effet, ces recommandations sont en lien avec les besoins de l'enfant hospitalisé qui varient selon son âge, son développement psychomoteur et ses besoins psychoaffectifs. Ce dernier doit construire des liens avec ses parents mais aussi avec les soignants. Mettons alors en référence la « *théorie de l'attachement* » de John Bowlby, psychiatre et psychanalyste britannique qui fait part du développement de l'enfant qui est « *tributaire d'un suffisant apaisement des émotions négatives, et d'une bonne stimulation des émotions positives* »²⁶. Cet équilibre laisse alors place à un climat de sécurité et de bien-être de l'enfant avec notamment l'importance de la contenance. D'ailleurs, cette contenance s'identifie au mécanisme de « holding » proposé par un autre pédiatre et psychanalyste anglais D. Winnicott « *la manière de porter l'enfant lui*

²³ HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ. Enjeux et spécificités de la prise en charge des enfants et des adolescents en établissement de santé. Certification V2010, 2011, p. 7.

²⁴ *Ibid.*, p. 10.

²⁵ *Ibid.*, p. 7.

²⁶ DELAGE, M. Ethique et bientraitance dans le pratique de soin chez le malade Alzheimer. In *Soin(s), perspectives éthiques : des pratiques de soins au prendre soin*. ARSLAN, S., HESBEEN, W. Paris : Séli Arslan, 2015, p. 96.

permettant de le sécuriser sur le plan émotionnel »²⁷ où, comme l'indique l'auteur, le flot d'inquiétude est alors « récupéré », vécu empathiquement puis pensé par le soignant qui peut alors proposer une présence disponible, apaisante et sincère.

Ainsi, pour résumer, selon Mme Thibault-Wanquet, cadre et formatrice pédagogique, les besoins de l'enfant se retrouvent dans « *la création du lien d'attachement entre l'enfant et ses parents, la construction du lien du côté de l'enfant, mais aussi dans l'installation du lien du côté de la mère* »²⁸, où pour ce dernier, l'enfant viendrait à perdre ses repères si sa mère n'était pas présente. Le besoin de limites de l'enfant est également à prendre en compte car elles font partie de l'éducation et de l'apprentissage de la vie en société.

Pour faciliter et améliorer l'hospitalisation des enfants, mais aussi pour apporter un soutien aux parents, il est à noter que des associations ont vu le jour telles que l'Association Sparadrapp en 1993, ou encore la fondation Hôpitaux de Paris-Hôpitaux de France en 1989. De par les besoins de l'enfant, nous comprenons alors la présence primordiale des parents lors de la prise en soin, et, de surcroît, l'importance de sa prise en compte par les soignants. Le dernier point concernant les besoins de cette triade est celui des soignants. Étudions-le.

1.2.3. Les besoins des soignants

Les soignants peuvent être amenés à rencontrer des difficultés dans la prise en soin holistique de l'enfant. « *Ces comportements ont des conséquences à la fois sur la réalisation des soins techniques et sur la qualité des relations entre soignants et enfants et entre soignants et parents* »²⁹. Pour être plus à même de répondre aux besoins des enfants et des parents, les soignants ont alors des besoins d'ordres différents : « *cognitifs, psychoaffectifs et relationnels, sur le plan physique et sur le sens de leur métier* »³⁰. Les soignants font preuve de responsabilités et leur rôle est très important dans cette triade. La notion de la reconnaissance du soin pour le professionnel est alors primordiale afin de lui apporter une satisfaction personnelle. À défaut, cela pourrait être associé à, je cite : « *une atteinte à notre humanité* »³¹.

²⁷ MERKLING, J. *Les fondements de la relation de soin : savoirs essentiels, outils à mobiliser et professionnalisation*. Paris : Séli Arslan, 2017, p. 165.

²⁸ THIBAUT WANQUET, P. *Les aidants naturels auprès de l'enfant à l'hôpital*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson, 2008, p. 54.

²⁹ *Ibid.*, p. 80-81.

³⁰ *Ibid.*, p. 82.

³¹ DELAGE, M. *Ethique et bientraitance dans la pratique de soin chez le malade Alzheimer*. In *Soin(s), perspectives éthiques : des pratiques de soins au prendre soin*. ARSLAN, S., HESBEEN, W. Paris : Séli Arslan, 2015, p. 91.

Après avoir développé les acteurs de mon sujet de mémoire, étudions le service des urgences pédiatriques au niveau de son organisation, et l'évolution rencontrée dans la demande de soins.

2. LES URGENCES PÉDIATRIQUES :

2.1. L'organisation spécifique du service d'urgences pédiatriques.

L'HAS recommande « *d'organiser et de formaliser le circuit des urgences pédiatriques qui doit être connu de l'ensemble des professionnels. Les organisations spécifiques telles que les urgences pédiatriques médicales et chirurgicales dont les accueils doivent être distincts de ceux des adultes...* »³². Cette organisation spécifique dès l'entrée de l'enfant est en lien avec les besoins cités précédemment. Afin de déterminer les priorités de prise en charge, la plupart des structures hospitalières bénéficiant de services d'urgences disposent d'une IOA. Elle accueille les patients et leur famille, les écoute, et les informe de l'organisation des soins et du temps moyen d'attente, avant de transmettre l'arrivée et le motif d'entrée du patient à l'équipe du service d'urgences.

La circulaire DHOS/SDO n° 2003-238 du 20 mai 2003 relative à la prise en charge de l'enfant et de l'adolescent aux urgences, stipule qu'elle se doit d'être effectuée dès qu'il y a possibilité « *par un pédiatre et du personnel paramédical ayant une expérience dans l'accueil et la prise en charge des enfants* »³³. Ce texte ajoute également que l'organisation des établissements bénéficiant de services d'urgences s'effectue selon la présence ou pas de service de pédiatrie, de chirurgie pédiatrique ou encore de réanimation pédiatrique au vue d'une prise en charge spécialisée si besoin.

Il y a plusieurs modes d'entrée recensés concernant l'arrivée des patients aux urgences pédiatriques : le moyen de transport personnel, où l'enfant arrive accompagné d'un adulte ayant la charge de ce dernier (bien souvent les parents) sans consultation programmée ou encore suite à une orientation par le médecin traitant, mais aussi l'ambulance, les sapeurs pompiers ou encore le Service Mobile d'Urgence et de Réanimation (SMUR).

³² HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ. Enjeux et spécificités de la prise en charge des enfants et des adolescents en établissement de santé. Certification V2010, 2011, p. 8.

³³ MINISTÈRE DE LA SANTÉ, DE LA FAMILLE ET DES PERSONNES HANDICAPÉES. Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins. Sous-direction de l'organisation du système de soins. *Circulaire DHOS/SDO n° 2003-238 du 20 mai 2003 relative à la prise en charge de l'enfant et de l'adolescent aux urgences*. Bulletin Officiel n°2003-26.

Les services d'urgences disposent également d'une salle spécifique dédiée aux urgences vitales, nommée bien souvent « DECHOC » pour salle de Déchocage ou encore « SAUV » pour Salle d'Accueil d'Urgence Vitale. Ainsi, le chariot d'urgence, un respirateur, un défibrillateur mais également tout le matériel nécessaire à une réanimation cardio-respiratoire, y sont présents.

Pour les enfants nécessitant quelques heures de surveillance hospitalière avant un éventuel retour à domicile, ou dans l'attente de l'évolution des symptômes nécessitant peut-être une hospitalisation, des lits d'Unité d'Hospitalisation de Courte Durée (dits UHCD) sont mis en place.

Étudions maintenant l'enregistrement de l'activité des urgences pédiatriques.

2.2. De la nature du soin à la cotation du soin

Dans un premier temps, selon la circulaire du 20 mai 2003, « *quel que soit le nombre de passages d'urgences pédiatriques constatés, il est nécessaire de comptabiliser et d'enregistrer l'activité des urgences pédiatriques distinctement de celle des urgences adultes. L'allocation de moyens tient compte de l'activité des urgences pédiatrique* »³⁴. Soit, dès l'entrée d'un patient, la législation nous rappelle la part des cotations tant pour un effectif soignant sécuritaire en cas d'afflux, que dans l'optique moyennant le budget à l'hôpital dans un second temps. En effet, les soins à l'arrivée aux urgences pédiatriques sont également référencés au sein d'une feuille de cotation allouant un tarif à chaque soin technique. Mme Haberey-Knuessi, professeur et docteur en sciences de l'éducation en Belgique, ajoute d'ailleurs « *dans la conjoncture actuelle, les institutions revoient leurs systèmes de gestion sur des modèles qui visent la rentabilité et la performance* »³⁵. Mais qu'en est-il du soin relationnel ?

Explorons en dernier lieu de ce cadre contextuel la demande croissante rencontrée aux urgences pédiatriques avant de traiter le concept du soin.

2.3. Une demande de soin croissante : « des services surchargés »

Le contenu de nos recherches met en lumière les causes pouvant expliquer le besoin des familles à venir consulter aux urgences pédiatriques. Cela peut être en lien avec leur représentation du soin d'urgence. Voyons de plus près ce qu'il en est.

³⁴ *Ibid.*

³⁵ HABEREY-KNUESSI, V. De la relation de confiance à la construction de sens. In *Soin(s), perspectives éthiques : des pratiques de soins au prendre soin*. ARSLAN, S., HESBEEN, W. Paris : Séli Arslan, 2015, p. 157.

2.3.1. Les causes de cette demande de soin croissante : l'évolution sociétale ?

L'inquiétude parentale peut amener les parents à se rendre aux urgences pédiatriques avec leur enfant face à « *la gravité ressentie* » de la situation. Une étude réalisée au centre hospitalier universitaire de Bordeaux en 2006 met en évidence que dans « *75 % des cas, ces consultations n'étaient pas des urgences vraies ou vitales d'un point de vue médical* »³⁶.

Cette inquiétude est un critère de récurrence à consulter aux urgences pédiatriques, d'autant plus pour les enfants de moins de 3 ans.

Il est alors intéressant de développer l'approche sociétale afin de comprendre cette demande de soins des familles aux urgences pédiatriques.

Différentes enquêtes relatives aux services d'urgences ont montré des dysfonctionnements dans l'utilisation du système de soin par les familles, avec notamment des explications d'ordre social et familial. Pour comprendre les facteurs de risque à cette demande de soin croissante, rapprochons-nous des résultats de l'étude de Bordeaux, où des commentaires de sociologues relatifs à d'autres études y sont annexés :

- « *le contexte socio-économique défavorisé des familles* » où les familles connaissent le chômage, une activité professionnelle pour seulement l'un des parents, une couverture sociale minimum
- Le facteur de vulnérabilité familial comme « *l'isolement sociofamilial maternel* », où l'émergence des familles monoparentales amène à des consultations itératives au sein de ces services spécifiques. Cela, à cause de l'absence de référence familiale, avec une perte de transmission des savoirs d'une génération à l'autre.
- L'anxiété des parents face l'état inhabituel de leur enfant : « *Le risque leur paraissait immédiat* » par une analogie à des antécédents ou par anticipation d'une éventuelle aggravation. En effet, les médecins jugent que « *49% des consultations le samedi et 46% le jeudi nécessitaient une prise en charge dans les 24 heures, immédiate pour 2 et 1% d'entre elles* »³⁷. Les chiffres de cette étude expliquent alors l'observation du « *recours*

³⁶ MAUGEIN, L., LAMBERT, M., RICHER, O et al. Consultations itératives aux urgences pédiatriques. *Archives de Pédiatrie*, 2011, vol 18, n°2, p.132.

³⁷ STAGNARA, J., VERMONT, J., DUQUESNE, A et al. Urgences pédiatriques et consultations non programmées — enquête auprès de l'ensemble du système de soins de l'agglomération lyonnaise. *Archives de Pédiatrie*, 2004, vol 11, n°2, p.112.

urgent non justifié »³⁸ des familles aux urgences pédiatriques sur une gravité ressentie des symptômes. Ce phénomène peut être en lien avec la consultation des réseaux sociaux ou de certains sites internet délivrant des informations anxiogènes.

- L'« *épuisement des ressources ou références médicales habituelles* », avec la permanence de soins déficitaire en ville causée par la baisse de « *la démographie médicale* »³⁹, l'absence du médecin traitant notamment le soir, le week-end et les jours fériés. En effet, « *40% des passages ont lieu aux horaires de la permanence des soins, c'est-à-dire entre 20 heures et 8 heures en semaine, le samedi ou le dimanche* »⁴⁰. À noter, à ces horaires, les répondeurs téléphoniques des médecins orientent vers les urgences. À cela, il faut ajouter la précarité de certaines zones apparentées à des « *déserts médicaux* »⁴¹.
- Par convenance personnelle, proximité du domicile, attrait de consulter en structure hospitalière pour « *avoir tout sur place* »⁴², mais aussi « *des besoins immédiats et à toutes heures* »⁴³, avec la notion de « *consumérisme médical* » détaillée au point suivant.

En effet, il est question à ce jour d'évolution des mentalités et de montée de « *l'individualisme qui entraînent des changements avec elles. L'hôpital devient le lieu de prestations de service au même titre que d'autres institutions, sa mission change et se formalise* »⁴⁴. Malgré une organisation des services d'urgences, la présence d'une IAO et le système de triage, la modification des pratiques de demandes de soins n'est pas sans conséquences. Les études en témoignent : « *L'orientation souvent mal adaptée des patients a de nombreux effets délétères pour les familles, comme pour les professionnels : mauvaise prise en charge des véritables urgences avec de possibles conséquences médico-légales* »⁴⁵.

³⁸ *Ibid.*, p. 112

³⁹ MERCIER, J-C. Organisation des urgences pédiatriques en Île-de-France. *Cahiers de la Puéricultrice*, 2014, vol 51, n°281, p.13.

⁴⁰ CHERON, G. Urgences pédiatriques : évolution de la demande de soins. *Spirale*, 2013, n°65, p.146-148.

⁴¹ MERCIER, J-C. Organisation des urgences pédiatriques en Île-de-France. *Cahiers de la Puéricultrice*, 2014, vol 51, n°281, p.13.

⁴² STAGNARA, J., VERMONT, J., DUQUESNE, A et al. Urgences pédiatriques et consultations non programmées — enquête auprès de l'ensemble du système de soins de l'agglomération lyonnaise. *Archives de Pédiatrie*, 2004, vol 11, n°2, p.112.

⁴³ MERCIER, J-C. L'apport majeur d'une consultation rapide ("fast track") aux urgences pédiatriques, p.15.

⁴⁴ HABEREY-KNUESSI, V. De la relation de confiance à la construction du sens. In *Soin(s), perspectives éthiques : des pratiques de soins au prendre soin*. ARSLAN, S., HESBEEN, W. Paris : Séli Arslan, 2015, p.157.

⁴⁵ STAGNARA, J., VERMONT, J., DUQUESNE, A et al. Urgences pédiatriques et consultations non programmées — enquête auprès de l'ensemble du système de soins de l'agglomération lyonnaise. *Archives de Pédiatrie*, 2004, vol 11, n°2, p.109.

Voyons alors les réflexions envisagées pour l'avenir face à cette consommation du système de santé.

2.3.2. L'évolution de l'offre de soin

Nous avons vu que cet accroissement de l'offre de soin peut être en lien avec un problème médical, mais aussi médico-social. Différents auteurs évoquent alors deux lois participant à cette notion dite « *d'émergence d'un consommateur de soins* »⁴⁶ : la loi du 4 Mars 2002 concernant le droit des malades et la qualité du système de soins, où une autonomie est donnée au patient dans le choix de son parcours de santé, et la loi du 13 Août 2004, concernant la réforme de l'assurance maladie, où le patient est mis davantage à contribution financièrement avec l'évolution tarifaire exponentielle du ticket modérateur et « *les sanctions financières en cas de non-respect du parcours de soin* »⁴⁷. Ce désengagement de l'assurance maladie renforce les inégalités sociales (la nécessité d'adhésion à une assurance complémentaire majorant un coût) et peut justifier l'orientation des familles vers « le service gratuit » de l'hôpital public, notamment en cas d'absence du médecin traitant.

À cela, d'autres auteurs ajoutent « *toutes ces raisons vont entraîner les infirmières à développer de nouvelles compétences* »⁴⁸ et préconisent alors de « *développer le lien hôpital-ville* »⁴⁹. Quant au Dr. Mercier, il mentionne « *les réseaux avec des maisons médicales de garde et le renforcement du rôle des infirmières et des puéricultrices* »⁵⁰. Soit, un axe d'amélioration des pratiques de soins centré sur la compréhension, l'information et l'éducation des familles, face à un problème de santé concernant leur enfant. L'étude de la réorganisation du système de santé n'est pas du ressort de la puéricultrice. Par contre, face aux besoins de ces parents et dans le cadre de la prise en soin holistique de l'enfant, sa place est grande.

Analysons de plus près ces pratiques du soin à travers le concept du « prendre soin ».

⁴⁶ BATIFOULIER, P., DOMIN, J-P., GADREAU, M. Mutation du patient et construction d'un marché de la santé. L'expérience française. *Revue Française de Socio-Économie*, 2008, n°1, p.27.

⁴⁷ *Ibid.*, p. 34.

⁴⁸ DUBOYS FRESNEY, C., PERRIN, G. *Le métier d'infirmière en France : Chapitre III. Reconnaissance de la discipline des soins infirmiers*. Paris : Presses Universitaires de France, 2017, p. 104.

⁴⁹ MAUGEIN, L., LAMBERT, M., RICHER, O et al. Consultations itératives aux urgences pédiatriques. *Archives de Pédiatrie*, 2011, vol 18, n°2, p. 133.

⁵⁰ MERCIER, J-C. Organisation des urgences pédiatriques en Île-de-France. *Cahiers de la Puéricultrice*, 2014, vol 51, n°281, p. 12.

IV. CADRE CONCEPTUEL

1. LE « PRENDRE SOIN »

Pour définir l'approche autour du terme du soin, je me suis nourrie entre autres des écrits de plusieurs auteurs retrouvés notamment dans deux ouvrages⁵¹ que je citerai régulièrement. Les prémices de mes recherches nous permettent de définir que le concept du prendre soin « *implique une action de soin tout en associant une certaine façon d'être dans la relation de soin* »⁵². Ainsi, lorsque dans la question de recherche nous énonçons le soin, il me paraît important de notifier les différentes notions nous amenant à définir le concept du prendre soin. Cette démarche « du soin » peut faire face à des difficultés que nous aborderons dans un dernier temps.

1.1. « Le soin » ou « les soins » ?

Walter Hesbeen évoque l'importance de « *mettre du soin dans les soins* »⁵³. En effet, l'auteur explique « *c'est-à-dire plus d'attention particulière portée à la personne à qui l'on donne, à qui l'on prodigue ou à qui l'on fait des soins* »⁵⁴. L'auteur dénonce alors une confusion à l'emploi de ces expressions « *faire des soins* » et « *prendre soin* ». Selon qu'il soit au singulier ou au pluriel, le sens donné au « soin » est différent. P. Svandra, soignant et docteur en philosophie, résume bien cette différence : « *Au pluriel il se rapporte à des actes plus ou moins techniques qui se réfèrent en général au corps et demandent un certain apprentissage(...). Au singulier, il renvoie à une notion plus générale, procéder avec soin c'est agir avec application, minutie, sérieux* »⁵⁵. Il s'agit alors ici d'aller bien au-delà de la technicité, où la notion de « soin » est moins explicite. C'est pourquoi nos lectures nous permettent d'approfondir les données du concept du prendre soin, ce que nous retrouvons dans la prise en charge holistique de l'enfant et de sa famille.

⁵¹ ARSLAN, S., HESBEEN, W. *Soin(s), perspectives éthiques : des pratiques de soins au prendre soin*. Paris : Séli Arslan, 2015. 186 p et MERKLING, J. *Les fondements de la relation de soin : savoirs essentiels, outils à mobiliser et professionnalisation*. Paris : Séli Arslan, 2017. 206 p.

⁵² FORMARIER, M., LJILJANA, J. *Les concepts en sciences infirmières*. Association de recherche en soins infirmiers (ARSI). 2ème éd, 2012, p. 244.

⁵³ ARSLAN, S., HESBEEN, W. *Soin(s), perspectives éthiques : des pratiques de soins au prendre soin*. Paris : Séli Arslan, 2015, p. 9.

⁵⁴ *Ibid.*, p.19.

⁵⁵ SVANDRA, P. Nature et forme du soin, pour une approche par l'agir compassionnel. *Ethique & Santé*, 2005, vol 2, n°3, p. 125.

Dans son livre « *Les mots du prendre soin* », l'auteure Lise Michaux nous fait part des notions anglo-saxonne de « care » et de « cure » qui ont chacun leur spécificité dans le soin. Le « cure » s'apparente plutôt à la notion de mise en œuvre de traitement au vue d'une guérison. Le « care » traduit le soin avec l'intérêt de la préoccupation humaine, « *se soucier de quelqu'un ou de quelque chose* ». Cela correspond à l'expression « prendre soin » et « *englobe les idées de soin attentif, de souci, de sollicitude pour autrui* ». L'auteure évoque ainsi la dimension philosophique et éthique relationnelle se référant au « care ».

Le soin et le *prendre soin* sont aussi liés à l'évolution de l'histoire du métier infirmier. V. Henderson, infirmière américaine, a participé à l'évolution du *prendre soin* d'autrui et à celle de la profession d'infirmière. Ainsi, Mme Henderson offre une conception des soins infirmiers où soutien, suppléance, et service à rendre lors de l'identification d'un manque à une période de vie, sont mis en avant. D'ailleurs, cette conception est vue comme « *support exclusif de l'attitude soignante portée par son modèle restreint* »⁵⁶.

Le prendre soin s'identifie alors à une valeur et va plus loin que la notion du « prendre en charge ». Michel Delage, psychiatre-thérapeute familial, évoque qu'au cœur du prendre soin, il y a « *une forme de dynamique de don (...) où ; quand on donne, on n'attend rien en retour* »⁵⁷ et nous explique que « *l'action ne se résume pas à s'occuper du corps* » mais qu'elle s'inscrit plutôt dans une dynamique d'accompagnement.

Ainsi, mes lectures m'informent sur le sens du soin aux urgences pédiatriques, où nous comprenons que le soin n'est pas forcément à associer uniquement à la technicité, mais qu'il peut être d'ordre psychique, relationnel et individualisé, à travers un climat de réassurance et de valorisation des pratiques parentales. Les soins seront alors centrés sur l'écoute et la délivrance de conseils et d'informations adaptés aux besoins des parents, dans une démarche de prévention et d'éducation à la santé.

Il est alors intéressant de poursuivre nos lectures autour du « prendre soin » pour, comme l'annonce W. Hesbeen rendre « *plus pertinent l'aide apportée à la personne* »⁵⁸. D'ailleurs, selon lui, « prendre soin » désigne « *cette attention particulière que l'on va porter à une personne vivant une situation particulière en vue de lui venir en aide, de contribuer à*

⁵⁶ FORMARIER, M. La relation de soin, concepts et finalités . *Recherche en soins infirmiers*, 2007, n°2, p.33-42.

⁵⁷ DELAGE, M. Ethique et bientraitance dans la pratique de soin chez le malade Alzheimer. In *Soin(s), perspectives éthiques : des pratiques de soins au prendre soin*. ARSLAN, S., HESBEEN, W. Paris : Séli Arslan, 2015, p. 90.

⁵⁸ HESBEEN W. *Prendre soin à l'hôpital: inscrire le soin infirmier dans une perspective soignante*. Paris : Masson, 2010, p.38.

son bien-être, de promouvoir sa santé »⁵⁹. Ainsi, la notion du bien-être dont le soignant doit se soucier est ici mise en avant, d'autant plus face à un climat d'inquiétude parentale ressentie, comme énoncée lors de mon constat, où l'enfant se retrouve fragilisé par la maladie et la perte de ses repères environnementaux. W. Hesbeen ajoute « *le fondement du “ prendre soin ” ne réside pas dans la qualité d'une relation ou d'un “ savoir-être ”, mais bien dans la considération que l'on a pour l'autre, (...) une pratique qui pourra être qualifiée de soignante car perçue comme aidante, bienfaisante, respectueuse et porteuse de sens* »⁶⁰. Nous comprenons alors tout l'intérêt de mettre en œuvre cet état de bien-être dans un climat de bienveillance et de respect. De plus, C. Vastrade insiste sur la notion de singularité dans les soins en faisant référence à l'écrivain B. Honoré « *le soignant a soin de considérer le patient comme un être singulier, précieux, fragile* »⁶¹. De même, l'auteur exprime la complexité à maintenir cette valeur au quotidien face à la répétition des gestes techniques au sein d'une même journée. Elle nous informe également que les soignants, dans leur prise en soins, doivent faire preuve de valeurs humanistes « *telles que, entre autres, la compassion, la sollicitude, la dignité et le respect* »⁶². L'humanité dans les soins est en lien avec le concept de la « bienveillance » et permet, comme l'explique W. Hesbeen, de ne pas considérer l'autre comme « objet » dans les soins.

Maintenant que ces auteurs nous ont éclairé sur le concept du « prendre soin » - ce comportement, cette manière d'être et d'agir à l'égard d'une chose ou d'une personne - nous sommes plus à même de répondre à la question : est-il possible, aux urgences pédiatriques, de prendre soin sans forcément prodiguer des soins ?

C'est alors ici qu'intervient l'importance de la relation de soin dans la prise en charge holistique de l'enfant et de sa famille. Voyons alors comment celle-ci se définit.

1.2. La relation de soin

Pour qu'il y ait relation de soin, une rencontre entre une personne soignée et une personne soignante doit s'opérer, un ensemble réalisé dans une approche individuelle et une attitude bienveillante puisqu'il s'agit ici d'aider une personne, une famille en souffrance. Ainsi, la relation de confiance dans le soin est primordiale. En effet, C. Vastrade ajoute :

⁵⁹ *Ibid.*, p. 8.

⁶⁰ ARSLAN, S., HESBEEN, W. *Soin(s), perspectives éthiques : des pratiques de soins au prendre soin*. Paris : Séli Arslan, 2015, p. 19.

⁶¹ VASTRADE, C. L'analyse réflexive autour d'une situation de soins. In *Soin(s), perspectives éthiques : des pratiques de soins au prendre soin*. ARSLAN, S., HESBEEN, W. Paris : Séli Arslan, 2015, p. 73.

⁶² *Ibid.*, p. 74.

« Pour que cette relation soit satisfaisante et porteuse de sens pour l'un et pour l'autre, il est essentiel que le soignant et le soigné tissent des liens de confiance teintés de respect mutuel »⁶³. Relation de confiance et respect sont alors de nouveaux termes indispensables au « prendre soin ».

Pour étayer ce concept, j'ajoute une référence au célèbre philosophe grec Aristote dont le philosophe Michel Dupuis nous fait part : « *l'eutrapelia* » définie comme « *la capacité de pratiquer un humour adéquat* »⁶⁴, qui est une vertu que le soignant se doit de mettre en œuvre. En effet, face à un enfant, cette notion d'humour est importante pour l'aider à « s'évader » lors du soin mais aussi pour, peut-être, apaiser le parent, l'accompagnant, qui lui aussi peut ressentir de l'inquiétude.

Ainsi, afin de prendre soin dans la relation de soin, l'entrée en communication avec la famille est primordiale pour accueillir la douleur, l'inquiétude, ou encore le manque de confiance de certains parents.

Penchons nous alors sur « les outils de la relation de soin. »

- **La communication**

Dans son livre, Jacky Merklings, cadre supérieur de santé et consultant en formation continue, apparente le langage à un message et un lien social, à un facteur de « *communication interhumaine* » grâce au corps et à la parole. L'accent est porté sur la théorie de la communication où l'importance est accordée au « non-verbal » dans le soin. En effet, des manifestations corporelles involontaires du soignant peuvent avoir un impact sur le patient. Ainsi, l'auteur nous indique qu'un « *travail sur soi important et régulier est nécessaire pour maîtriser ces éléments* »⁶⁵. De plus, il est à noter l'importance de l'écoute et des moments d'échange dans la communication mise en avant par Véronique Haberey-Knuessi « *sans cette part très naturelle de l'échange qui permet de mettre les maux en mots, d'exprimer ses craintes et ses appréhensions, d'envisager l'avenir, sans ce lieu de rencontre entre humains, la technique et la science, aussi puissantes soient-elles, ne sont rien* »⁶⁶.

L'attitude d'écoute pour le soignant dans un processus de dialogue est primordiale. Par sa présence soucieuse, le professionnel va offrir sa confiance, autorisant le patient à s'exprimer.

⁶³ *Ibid.*, p. 78.

⁶⁴ DUPUIS, M. Sources et horizons de l'éthique du soin. In *Soin(s), perspectives éthiques : des pratiques de soins au prendre soin*. ARSLAN, S., HESBEEN, W. Paris : Séli Arslan, 2015, p. 183.

⁶⁵ MERKLINGS, J. *Les fondements de la relation de soin : savoirs essentiels, outils à mobiliser et professionnalisation*. Paris : Séli Arslan, 2017, p. 158.

⁶⁶ HABEREY-KNUESSI, V. De la relation de confiance à la construction du sens. In *Soin(s), perspectives éthiques : des pratiques de soins au prendre soin*. ARSLAN, S., HESBEEN, W. Paris : Séli Arslan, 2015, p. 155.

Viennent alors se greffer les notions de tact et de reformulation en adoptant le point de vue du patient.

Dans le processus de communication interviennent : *le visage*, décrit comme « *l'espace corporel le plus expressif* » - M. Delage assimile le regard à une part d'humanité « *nous détournons le regard, nous regardons ailleurs, et ainsi nous déshumanisons la personne.* »⁶⁷ - *les postures et les gestes*, où pour affiner sa relation envers autrui le toucher a son importance, et le soignant doit en tenir compte, *le paraverbal* (volume, timbre, rythme et hauteur de la voix) et *l'empathie*.

Nous retrouvons ici les données essentielles au comportement que la puéricultrice peut employer dans une relation de soin. Nos lectures nous informent ainsi que la qualité de la relation de soin a autant voire plus d'importance que la technicité. Nous pouvons alors imaginer que, dans un service de pointe tel que les urgences pédiatriques, service plongé au cœur des sciences et de la technique, la relation de soin est d'autant plus indissociable du soin technique.

- **L'empathie:**

Elle est définie comme une « *faculté d'adopter le point de vue d'une autre personne, de s'identifier à elle et de percevoir ce qu'elle ressent, ses émotions, l'expérience qu'elle fait* »⁶⁸. Lise Michaux ajoute « *ce serait même la faculté principale pour prendre soin avec humanité des personnes soignées et accompagnées.* » En ajoutant ici la notion de l'accompagnant, l'auteure met en avant que l'empathie ne s'adresse pas qu'à la personne recevant « les soins », mais aussi à son entourage. L'empathie est donc à prendre en compte dans l'approche holistique du soin auprès de l'enfant et de sa famille telle que nous pouvons la rencontrer en service d'urgences pédiatriques.

Empathie et communication sont liées, d'ailleurs, pour mieux imaginer cela, J. Merklings écrit « *cet affect (...) utilise mon corps comme théâtre de son expression* »⁶⁹. Ainsi, l'empathie se met en place lorsqu'il y a un partage d'affect et, comme l'annonce J. Merklings, « *la condition*

⁶⁷ DELAGE, M. Ethique et bientraitance dans la pratique de soin chez le malade Alzheimer. In *Soin(s), perspectives éthiques : des pratiques de soins au prendre soin*. ARSLAN, S., HESBEEN, W. Paris : Séli Arslan, 2015, p. 98.

⁶⁸ MICHAUX, L. *Les mots du prendre soin : définitions, points de veille et questions de réflexion*. Paris : Séli Arslan, 2017, p. 64.

⁶⁹ MERKLING, J. *Les fondements de la relation de soin : savoirs essentiels, outils à mobiliser et professionnalisation*. Paris : Séli Arslan, 2017, p.162.

première de l'empathie est de laisser les affects de l'autre advenir pour ensuite les accueillir (...) cela demande un travail spécifique chez le soignant »⁷⁰.

Un travail où le soignant doit alors se laisser impacter par l'émotion de l'autre. L'auteur associe l'empathie à « *un véritable savoir-être : savoir être à un certain moment à la place du patient* ». Ce travail du soignant, par sa présence attentionnée dans ce moment de rencontre, permettra au patient de diminuer son inquiétude, « *le poids de son vécu, (...) et diffusera un sentiment de réassurance et de chaleur* »⁷¹.

Cependant, selon Elsa Godart « *prendre soin de l'autre, commence par prendre soin de soi. Accéder à ce questionnement permanent qui nous permet de nous découvrir et d'apprendre à reconnaître nos valeurs* »⁷². Ainsi, se connaître sur le plan affectif est essentiel pour une qualité de prise en soin. D'ailleurs, la notion d'affect est bien souvent mise en lien avec la relation de soin, abordons désormais la compétence émotionnelle.

- **Le vécu émotionnel dans la relation**

Commençons par une définition de l'émotion que peut ressentir le patient dans la relation de soin afin de comprendre combien sa maîtrise est essentielle : « *une émotion est un sentiment intense, une réaction d'ordre affectif pouvant déboucher sur une agitation voire un trouble physique - il peut s'agir de joie, de peur, de colère, de surprise, etc.* »⁷³. Lise Michaux souligne ainsi que les aspects du psychique et du physique sont en lien. C'est pourquoi dans l'ouvrage « *Les fondements de la relation de soin* »⁷⁴, l'importance du soin est portée sur la prise en compte des niveaux relatifs aux émotions et aux sentiments, et non pas uniquement sur les besoins physiologiques. Nous comprenons alors tout l'intérêt d'être à l'écoute des familles aux urgences pédiatriques, et que la focalisation sur les soins, les prises de paramètres vitaux etc., face à un enfant « stable » n'est pas forcément « l'urgence du soin ».

Coté soignant, J. Merklings nous explique dans son ouvrage la notion de compétence émotionnelle qui se définit par une capacité de maîtrise affective. Celle-ci a lieu grâce à la mise en mots des émotions afin de les mettre à distance.

Ces lectures mettent en avant la difficulté du soin d'une part pour le soigné, suite à son affaiblissement, ses craintes, sa maladie, mais également pour le soignant. En effet, ce dernier

⁷⁰ *Ibid.*, p. 105

⁷¹ *Ibid.*, p. 111

⁷² GODART, E. La sincérité dans les soins. *Soins psychiatrie*, 2012, vol 33, n°279, p. 23.

⁷³ MICHAUX, L. *Les mots du prendre soin : définitions, points de veille et questions de réflexion*. Paris : Séli Arslan, 2017, p. 63.

⁷⁴ MERKLING, J. *Les fondements de la relation de soin : savoirs essentiels, outils à mobiliser et professionnalisation*. Paris : Séli Arslan, 2017, p. 48

se doit alors de prodiguer des soins tout en prenant garde de « prendre soin », par une écoute active, une communication riche de tact et de reformulation, où l'empathie est au premier plan, permettant la mise en place d'un climat de réassurance et une relation de confiance. C'est pourquoi dans le concept du prendre soin, il est important d'évoquer ce moment de la relation : le moment présent.

- **Le moment présent**

Un autre aspect à prendre en compte dans le soin relationnel est, pour le patient et sa famille, la disponibilité et la qualité de présence qu'offrent le soignant. Elles améliorent le vécu du patient par « *le sens d'un enrichissement, d'un réconfort, d'une sécurisation, d'une valorisation, ou encore d'un apaisement*⁷⁵ ». En effet, dans son livre, J. Merklein fait référence à Carl Rogers dans « *l'ici et le maintenant* »⁷⁶ où la notion d'intersubjectivité au cœur du soin prend effet. Nous retenons alors de ces auteurs que l'importance du moment partagé vécu entre deux êtres est dans l'instantané, au moment présent. Mr Merklein ajoute dans la « *disponibilité bienveillante du soignant* », l'offre d'une qualité de présence, même si la fatigue ou un retard dans l'organisation du travail se fait sentir.

Face à mon constat, je me demande alors ce qu'il en est de ce moment présent dans la relation avec Victor et sa maman lorsque je pense aux prochains patients arrivant et attendant en salle d'attente. La qualité de ma présence et mon entière disponibilité à écouter la maman ne sont-elles pas mise à mal ? Je pense alors qu'il est important de se pencher sur les éventuels freins au « prendre soin » que je noterai ici : les difficultés.

1.3. Les difficultés au prendre soin

Ces difficultés, sous-entendus les freins que je situe dans ma question de recherche, W. Hesbeen les met en lien avec des perspectives d'actions et introduit la notion de « *faillabilité* ». En effet, pour lui, faillir se « *présente plutôt comme un atout dès lors que l'on en a la conscience* »⁷⁷. Soignants, nous exerçons parfois dans des conditions contraintes (à cause du manque temps, d'effectif manquant ou encore d'un afflux de patients en demande de soin...) et nous ne sommes pas toujours satisfaits de la qualité des soins fournis. L'essentiel est ici de prendre en compte l'origine du problème, de la faille, afin de réajuster et

⁷⁵ *Ibid.*, p. 122.

⁷⁶ *Ibid.*, p. 67.

⁷⁷ ARSLAN, S., HESBEEN, W. *Soin(s), perspectives éthiques : des pratiques de soins au prendre soin*. Paris : Séli Arslan, 2015, p. 20.

d'améliorer nos pratiques. À l'inverse, l'auteur nous informe qu'il en émanerait un manque d'humilité.

Dans un premier temps, citons quelques attitudes dites « contre-productives »⁷⁸, c'est-à-dire pouvant faire frein à la relation de soin :

- « *Le dynamisme enjoué* », où douceur et sourire sont plutôt à envisager.
- « *Le refus de la plainte* » qui revient à nier l'autre alors que le soignant doit pouvoir entendre cette résignation et, par une présence sincère, signifier au patient qu'il peut s'exprimer.
- L'emploi du « on », apparenté à « *l'indéfini parfait* », qui fait barrière à la singularité
- « *L'ignorance involontaire* », c'est-à-dire la discussion entre collègues durant le soin, ayant pour conséquence une invisibilité du patient et donc un manque de respect.
- « *La justification bien-fondée* », lorsque le professionnel prend une remarque comme un reproche personnel, alors que celle-ci sous-entend bien souvent un besoin (une demande de présence, d'explication ou encore de considération). Il est dans ce cas important de prendre en compte les dires du patient et de les valider en mettant en avant, non pas une indifférence, mais une impossibilité.

Ces attitudes contre-productives peuvent altérer la relation de soin, et peuvent concerner également les valeurs de la relation de soin citées précédemment, engendrant des difficultés dans la communication.

D'autre part, il faut prendre en compte qu'aujourd'hui, le concept du soin fait valoriser le technique par rapport au relationnel. En effet, je cite J. Merklings : « *la primauté accordée à l'intellectuel sur le corporel, à la pensée sur le corps, dans notre société, reste un frein dans notre conception du soin* »⁷⁹. Ceci rejoint Benjamin Franklin « *Le manque de soin fait plus mal que le manque de science* »⁸⁰. Ainsi, ils nous rappellent la place importante du savoir-être dans la relation de soin face aux savoirs, tant techniques que scientifiques. Le risque étant alors de prioriser le geste technique, son organisation au détriment de l'attention.

Pour revenir aux propos de J. Merklings, l'auteur souligne « *l'invisibilité de la dimension relationnelle,* » une invisibilité fragile du quotidien, difficilement évaluable contrairement à la technique. Notons alors l'importance des transmissions pour rendre la relation de soin visible et contribuer à la reconnaissance. Jean-Paul Lanquetin, infirmier de

⁷⁸ MERKLING, J. *Les fondements de la relation de soin : savoirs essentiels, outils à mobiliser et professionnalisation*. Paris : Séli Arslan, 2017, p. 142-143.

⁷⁹ *Ibid.*, p. 91.

⁸⁰ FRANKLIN, B : scientifique, inventeur et politicien. <http://www.bazin-conseil.fr/pensees.html>.

secteur psychiatrique praticien et chercheur en soins infirmiers, insiste également sur cette difficulté d'appréciation de l'activité réelle : « *En l'absence de caractérisations de ces pans d'activités, ces dernières échappent aux nomenclatures des actes et aux compétences demandées...* »⁸¹. En effet, J. Merklings ajoute : « *La relation de soin relève de l'activité réelle et non prescrite* ». Le récit de ces faits s'appuie ici sur l'organisation du système de santé. Par ailleurs, « *la T2A (tarification à l'activité) ne va pas dans le sens d'une prise en charge holistique puisque centrée sur la rentabilité* »⁸². Les auteurs ajoutent : « *Les activités relevant du care ne sont pas identifiées comme activités tarifaires ni même comme un travail reconnu de l'infirmière mais comme un plus qu'amène le soignant dans sa manière d'être.* »

Ainsi, lorsqu'aux urgences pédiatriques une démarche d'éducation ou encore de prévention est réalisée, elle ne peut être cotée, et pourtant elle appartient à la dimension relationnelle et répond aux besoins des parents même si initialement ce n'était pas le motif d'entrée. Néanmoins, cette démarche a toute son importance dans « le soin », autant que le soin technique ou qu'une prise de paramètres vitaux. Une importance, autant prioritairement que temporellement parlant, selon les motifs d'admission.

Une autre difficulté au prendre soin est un manque de positionnement professionnel. Le soignant se doit de conserver la juste distance dans le soin et la maîtrise de son vécu pour raisonner et analyser la situation, afin que la relation de soin devienne thérapeutique. Ainsi, c'est par l'attribution de sens à la relation, par la pensée, que le professionnel pourra se préserver et garantir la qualité de sa relation à l'autre.

Pour poursuivre sur le versant émotionnel, à l'inverse, la carence d'empathie peut être également nocive au prendre soin. Elle se retrouve parfois du côté du soignant, où celle-ci peut être amoindrie de façon volontaire afin qu'il ne se laisse pas impacter par le patient, ou lors d'une absence de disponibilité psychique lors de moments difficiles se traduisant pour le soignant par une impossibilité de penser. Ainsi, je cite « *l'enchaînement des efforts psychiques, de la concentration, de l'attention à l'autre, les préoccupations personnelles, les interactions avec les collègues ou avec le groupe de patients sont autant d'éléments qui épuisent psychiquement et peuvent rendre imperméable à autrui* »⁸³. L'auteur nous dit en effet

⁸¹ LANQUETIN, J-P., TCHUKRIEL, S. L'impact de l'informel dans le travail infirmier en psychiatrie, Rapport de recherche, GRSI, 2012. In *Les fondements de la relation de soin : savoirs essentiels, outils à mobiliser et professionnalisation*. MERKLING, J. Paris : Séli Arslan, 2017, p. 23.

⁸² FAVETTA, V., FEUILLEBOIS-MARTINEZ, B. Prendre soin et formation infirmière. *Recherche en soins infirmiers*, 2011, n° 107, p.60-75.

⁸³ MERKLING, J. *Les fondements de la relation de soin : savoirs essentiels, outils à mobiliser et professionnalisation*. Paris : Séli Arslan, 2017, p. 112.

que l'état psycho-émotionnel du soignant participe à la qualité des réponses qu'il va donner à un patient. À ce moment-là entrent en jeu les termes de D. Winnicott : être un soignant « *suffisamment bon (...) offrir à l'autre, le plus souvent possible, le meilleur de soi* »⁸⁴, même s'il n'est pas toujours évident ni possible de lutter contre ces difficultés. Dans ces dires, nous retrouvons les difficultés, notamment rencontrées dans un service d'urgences, d'autant plus présentes lors d'un accroissement de la demande de soins. De là peuvent ainsi venir les failles au prendre soin dans la prise en charge holistique de l'enfant et de sa famille. Une solution proposée dans l'ouvrage est alors de se tourner vers le collectif en mobilisant un autre collègue, ou, dans un second temps, par des échanges entre professionnels.

En dernier lieu, Christelle Vastrade nous fait également part dans ses écrits du « *sens du soin pour le patient et ses proches* »⁸⁵. Elle énonce que celui-ci dépend de la représentation que nous nous en faisons, qu'il est personnel et qu'il peut être différent du point de vue du patient et de sa famille. C'est pourquoi, « prenons soin » de développer le concept des représentations dans les suites de cet écrit, afin de comprendre en quoi ce concept pourrait éventuellement être un frein à la prise en charge holistique de l'enfant et de sa famille.

2. LES REPRÉSENTATIONS SOCIALES

Au sens du soin, C. Vastrade note que « *pour que la façon de penser des personnes puisse évoluer, il paraît nécessaire de mener un travail sur les représentations de chacun* ». En effet, Michel Delage annonce : « *Nous avons toujours à nous méfier, même - et peut-être surtout - comme professionnels, de nos représentations et du regard déshumanisant que nous risquons de porter sur l'autre* »⁸⁶.

Découvrons alors ce que les auteurs sous-entendent derrière le terme de « représentations ».

2.1. Historique (Fondements des représentations sociales)

Le concept des représentations, étymologiquement parlant, est issu du mot latin *repraesentare* : « rendre présent ». La représentation est « l'action de rendre sensible quelque

⁸⁴ *Ibid.*, p.141

⁸⁵ VASTRADE, C. L'analyse réflexive autour d'une situation de soins. In *Soin(s), perspectives éthiques : des pratiques de soins au prendre soin*. ARSLAN, S., HESBEEN, W. Paris : Séli Arslan, 2015, p. 77.

⁸⁶ DELAGE, M. Ethique et bienveillance dans la pratique de soin chez le malade Alzheimer. In *Soin(s), perspectives éthiques : des pratiques de soins au prendre soin*. ARSLAN, S., HESBEEN, W. Paris : Séli Arslan, 2015, p. 92.

chose au moyen d'une figure, d'un symbole, d'un signe »⁸⁷. En effet, pour Denise Jodelet, universitaire française et directeur adjoint du laboratoire de psychologie sociale, « *représenter ou se représenter correspond à un acte de pensée par lequel un sujet se rapporte à un objet* »⁸⁸. La représentation à l'objet est alors ici « *mentale* » et peut donc être matérielle, mais aussi associée à une idée, une personne, un phénomène naturel, etc.

L'une des propriétés des représentations est qu'elles sont en lien avec chaque groupe social (d'appartenances socio-économiques, sociodémographiques, socio-pratiques ou idéologiques) et justifient alors l'appellation « représentations sociales ». L'approche sociologique est donc ici bien ancrée dans ces études.

La naissance du concept des représentations sociales eut lieu au 19^{ème} siècle sous l'égide d'Émile Durkheim. Ce sociologue français a mis en avant que ce concept expliquait les différents phénomènes dans la société. Il qualifie alors ces dernières d'idées variables, transitoires, éphémères, et les distingue de la partie collective, qui est selon lui impersonnelle, beaucoup plus cohérente et constitue un fait social. Mr. Durkheim impose alors dans ses études la notion de « pensée collective » avec un intérêt prédominant sur les éléments sociaux par rapport aux éléments individuels.

Le concept des représentations a vu également au début du 20^{ème} siècle une approche d'ordre sociologique, anthropologique et ethnologique. En effet, ces différentes « représentations collectives »⁸⁹ ont également été étudiées au travers de communautés culturelles ou ethniques.

En 1961, Serge Moscovici, psychologue et chercheur français d'origine roumaine, fait suite aux travaux entrepris par E. Durkheim. Il substitue la notion des « représentations collectives » de Durkheim à celle plus restreinte de « représentations sociales » en les faisant passer de la sociologie à la psychologie sociale. L'auteur considère alors que les représentations émanent non pas d'une société dans son ensemble, mais des individus qui constituent cette société. Ainsi, ces interactions constantes entre les individus et la société, l'insertion des individus au sein des structures sociétales, font « *qu'il existe différentes représentations sociales d'un même objet dans une société donnée* »⁹⁰.

D'autre part, un second changement par rapport aux conceptions « durkheimiennes » est mis en avant par S. Moscovici avec un accent sur les processus de communication. Au

⁸⁷ LAROUSSE. Dictionnaire de français. <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/representation/68483>.

⁸⁸ JODELET, D. *Les représentations sociales*. Ed Presses Universitaires de France, 1989, p.54.

⁸⁹ MOLINER, P., GUIMELLI, C. *Les représentations sociales : fondements théoriques et développements récents*. Ed PUG. Grenoble : 2015. 139 p.15.

⁹⁰ *Ibid.*

travers de ceux-ci, le sociologue les considère comme explicatifs de l'émergence des représentations sociales et de leur transmission.

Découvrons maintenant ce qu'il en est d'un point de vue théorique.

2.2. Les approches théoriques

Dans leur ouvrage « Les représentations sociales », Pascal Moliner et Christian Guimelli, professeurs en psychologie sociale, identifient quatre orientations théoriques pour caractériser le phénomène des représentations sociales : « *l'approche fondatrice (dite sociogénétique), l'approche structurale, l'approche socio dynamique et enfin l'approche dialogique* »⁹¹.

En apportant des nuances dans la façon d'aborder les représentations sociales, ces orientations sont complémentaires pour développer et approfondir les éléments du concept, forgé par Moscovici. D'un chercheur à un autre, la conceptualisation des représentations sociales peut varier. Découvrons alors de plus près ces approches théoriques.

- **Le modèle sociogénétique:**

Proposé par Serge Moscovici, il décrit les conditions et les processus mis en œuvre dans l'émergence des représentations. Pour l'auteur, l'information la concernant peut être incomplète, limitée, et dispersée au sein des différents groupes sociaux. Elle peut susciter de l'inquiétude, bouleverser le cours habituel des choses, et ainsi occasionner une multiplicité de débats et de communications interpersonnelles ou médiatiques. Dans ces différents groupes sociaux peuvent alors émerger des positions majoritaires par la mise en commun des croyances, des informations, des hypothèses. Ce phénomène est dit de focalisation, car il est fonction des attentes ou des orientations du groupe. S. Moscovici nomme deux processus majeurs venant structurer cette émergence progressive des représentations : « *l'objectivation* » et « *l'ancrage* ».

- **L'objectivation** : elle tend à opérer le passage d'éléments abstraits, théoriques, à des images simplifiées, concrètes, afin de simplifier l'information et son interprétation. Ainsi, ce filtrage d'informations relatif à l'objet est nommé par S. Moscovici : « *noyau figuratif* ».

- **L'ancrage** : complète le mécanisme d'objectivation. « *Il rend compte de la façon dont l'objet nouveau va trouver sa place dans le système de pensée préexistant des individus et des*

⁹¹ *Ibid.*, p. 21.

groupes. (...) L'objet va donc être interprété de façon différente selon les groupes sociaux »⁹². Un vaste ensemble de significations collectives concernant l'objet se met alors en place : il correspond au processus par lequel la représentation sociale s'insère dans la société.

- Le modèle structural (Abric, 1976)

Cette approche consiste à clarifier l'organisation des éléments composants les représentations sociales. Ce modèle structural correspond au fondement de la théorie du « noyau central »⁹³ proposé par les sociologues Jean-Claude Abric et Claude Flament.

Selon J-C Abric, les éléments cognitifs constituant la représentation s'organisent autour d'un noyau central, une structure dite interne à la représentation, où va s'entretenir un rôle différent des autres éléments dits « périphériques ».

Ce système central contribue à l'identité sociale où, au sein d'un même groupe, les membres peuvent se reconnaître, mais aussi se différencier des autres membres des groupes environnants. Ces éléments centraux vont ainsi gérer, stabiliser et organiser la représentation à travers deux fonctions essentielles : « la fonction génératrice de sens » où les éléments du champ représentationnel prennent un sens, une valeur spécifique pour les individus, et « la fonction organisatrice », qui détermine la nature des liens unissant ces éléments les uns avec les autres, assurant un rôle stabilisateur. Les auteurs en déduisent que les représentations sociales ne correspondent plus à « de simples univers d'opinions mais deviennent des univers structurés ».

- Le modèle socio dynamique :

Modèle théorique introduit en 1990 par Willem Doise, chercheur en psychologie sociale, il concilie l'approche structurale des représentations sociales vue ci-dessus et leur insertion dans des contextes sociaux. Selon W. Doise « les représentations ne peuvent s'envisager que dans la dynamique sociale qui, par le biais de rapports de communication, place les acteurs sociaux en situation d'interaction »⁹⁴. Ici, Doise rejoint S. Moscovici au niveau de l'ancrage d'une représentation sociale dans une dynamique collective où les positions exprimées dépendent des appartenances sociales de chacun.

⁹² *Ibid.*, p. 24.

⁹³ *Ibid.*, p. 26-27.

⁹⁴ *Ibid.*, p. 30.

- Le modèle dialogique :

Ici, Markova associe en 2007 la théorie des représentations à une théorie de la connaissance sociale. Le rôle du langage et de la communication est mis en avant dans l'élaboration des représentations face à un individu susceptible d'avoir un point de vue différent. L'auteur explique « *que les représentations sont souvent organisées selon des logiques d'opposition ou d'antinomie* »⁹⁵.

Nous comprenons alors qu'étudier les représentations sociales vise à comprendre la manière d'interpréter et de penser des personnes au cœur de leur réalité quotidienne.

En effet, dans leur ouvrage, P. Moliner et C. Guimelli annoncent : « *elles ne sont pas perçues comme des « univers d'opinions » ou des points de vue particuliers. Elles apparaissent comme les reflets objectifs d'une réalité évidente et indiscutable* »⁹⁶.

Ces convictions peuvent alors être liées à des conflits de représentations sociales. Pour Denise Jodelet, ce conflit est « *un guide pour les actions et échanges quotidiens, (...) il s'agit là des fonctions de la dynamique sociale des représentations* »⁹⁷. En effet, les auteurs expliquent ces points de vues contrastés en associant les représentations sociales au terme de « *connaissance naïve* » ou encore de « *savoir de sens commun* »⁹⁸, car leur construction, leur transformation, et leur évolution, s'effectuent à distance de la rationalité scientifique. Les auteurs les comparent donc à « *une des formes de la connaissance que nous pouvons avoir sur notre environnement social* ». Ils ajoutent qu'elles sont en permanence ajustées aux autres connaissances dont nous disposons concernant le monde qui nous entoure. Ainsi, au départ, les représentations sont interindividuelles, puis intergroupes, et finalement collectives. Les auteurs nous renseignent alors sur ce phénomène collectif où les représentations sociales sont assimilées à « *des systèmes de compréhension partagés par les individus qui savent que leurs croyances sont aussi les croyances de ceux qui leur ressemblent* »⁹⁹.

Pour conclure ces approches théoriques, mettons en valeur les fonctions des représentations sociales. Nous avons vu que la compréhension des logiques sociales, la communication, et la maîtrise de l'environnement, ont une place importante dans les

⁹⁵ *Ibid.*, p. 33.

⁹⁶ *Ibid.*, p. 7.

⁹⁷ JODELET, D. *Les représentations sociales*. Ed Presses Universitaires de France, 1989, p. 52.

⁹⁸ *Ibid.*, p. 53.

⁹⁹ MOLINER, P., GUIMELLI, C. *Les représentations sociales : fondements théoriques et développements récents*. Ed PUG. Grenoble : 2015, p. 10.

modalités de pensées d'une représentation sociale. Selon J-C Abric, les représentations sociales répondent alors à quatre fonctions essentielles :

« - Une fonction de savoir : elles permettent de comprendre et d'expliquer la réalité.

- Une fonction identitaire : elles définissent l'identité d'un groupe professionnel ou social.

- Une fonction d'orientation : elles guident les comportements et les pratiques où les conclusions peuvent être posées avant que l'action ne débute.

- Une fonction de justification : elles permettent a posteriori de justifier les prises de position et les attitudes »¹⁰⁰.

Analysons alors de plus près cette approche au cœur du contexte des urgences pédiatriques.

2.3. La vie de ces représentations sociales aux urgences pédiatriques

Nous comprenons grâce à ces recherches théoriques, la place importante des représentations sociales dans notre société, et l'intérêt de l'étude de ce concept pour réaliser une prise en soin adaptée aux besoins des familles. En effet, ces lectures nous éclairent sur les incompréhensions face aux conceptions du soin d'urgence qui peuvent être différentes d'un individu à un autre, d'une famille à une autre ou encore d'une famille aux soignants, et amener alors à ce que les médias et d'autres auteurs appellent « *le quiproquo aux services des urgences pédiatriques* »¹⁰¹.

Ajuster notre prise en soin face aux besoins des familles est alors primordial. D'ailleurs, selon Ljiljana Jovic, directrice des soins infirmiers avec doctorat en sociologie, l'utilisation des représentations sociales dans la pratique professionnelle est indispensable. Elles doivent ainsi être « *explicitées afin d'élaborer des représentations communes au groupe, ou d'obtenir un consensus, afin de fédérer l'équipe dans la perspective d'atteindre les objectifs de qualité de prise en charge des malades visés* »¹⁰².

Ces lectures mettent en avant qu'il est possible d'influer sur les individus et les groupes par le biais des représentations sociales. Cela m'interpelle dans l'avancée de mes recherches, et m'invite à penser qu'amener les soignants des urgences pédiatriques à travailler sur leurs représentations du soin pourrait peut-être avoir un impact sur la façon de prendre en

¹⁰⁰ ABRIC, J-C. *Pratiques sociales et représentation*. 1ère éd. Paris : PUF, 2011, p. 21-24.

¹⁰¹ ARMENGAUD, D. Le quiproquo des urgences pédiatriques. *Enfances & Psy*, 2002, n°18, p.10.

¹⁰² FORMARIER, M., LJILJANA, J. *Les concepts en sciences infirmières*. Association de recherche en soins infirmiers (ARSI). 2ème éd, 2012. p. 266.

soin une famille. Quelles conséquences quant aux informations qu'ils communiqueront ? Quelle influence sur les soins prodigués ?

L'appartenance à un groupe sociétal peut donc induire une représentation différente du soin d'urgence. D'ailleurs, c'est ce qui a été mis en évidence dans l'approche sociologique évoquée précédemment face à une demande de soin croissante.

Ces différentes approches théoriques nous confortent dans l'idée que derrière le terme « service de soins d'urgences pédiatriques », les individus peuvent avoir des points de vue différents concernant sa représentation et ainsi en détourner le sens initial par un phénomène d'objectivation. Le degré d'urgence peut, en effet, être différent d'une personne à une autre, d'un parent à un autre, mais aussi être différent du point de vue du soignant, soit une représentation sociale du soin d'urgence possiblement divergente entre deux groupes sociaux : les familles et les soignants. Nous avons vu également que cette divergence peut être en lien avec des ethnies ou une culture différentes. D'ailleurs, les services d'urgences pédiatriques accueillent une population cosmopolite.

Quant à l'univers professionnel en service de soins d'urgences, il peut également amener les soignants à voir l'urgence du soin d'un regard différent des familles. Les représentations du soin aux urgences pédiatriques des soignants peuvent alors avoir comme noyau central la référence à l'appellation de leur lieu de travail : les urgences, et ainsi y associer technicité et rapidité de soin dans un univers contraint. Cela entraîne une forme de décalage avec les familles qui arrivent aux urgences en souhaitant bénéficier d'écoute et de conseils.

Pour inclure cette théorie dans le contexte du service d'urgences pédiatriques, je comprends que le modèle socio dynamique nous éclaire sur le fait qu'une représentation du soin d'urgence peut être différente selon les personnes bien qu'elles appartiennent à un même groupe social. Il peut alors s'en suivre une forme d'incompréhension auprès de différentes familles, dans une salle d'attente par exemple, face à l'attente d'une prise en soin par les soignants, mais également pour les soignants, risquant de ne pas cibler l'urgence du soin ressentie par les familles. La qualité de la prise en soin peut alors en être affectée.

Quant au modèle dialogique, il énonce que les représentations sociales poussent à parler. Leurs différences sont mises en avant par la communication, qui peut être différente selon le niveau de connaissance. Ainsi, aux urgences pédiatriques, les soignants, avec la connaissance des responsabilités face aux enfants à soigner, la notion du risque de complications de l'état de santé d'un patient, la contrainte temps face à la multitude de tâches à accomplir, peuvent peut-être avoir une représentation différente de celles des familles.

Le temps est alors à la mise en place de ma problématique.

V. PROBLÉMATIQUE ET HYPOTHÈSES

Après la réalisation de notre cadre de référence et la découverte des pensées de différents auteurs, nous pouvons affiner la question de départ :

« Est-ce que la représentation par la puéricultrice du soin aux urgences pédiatriques est un frein à la prise en charge holistique de l'enfant et de sa famille ? »

Je pose alors la problématique de mon sujet de mémoire :

« Dans un contexte de demande de soins croissante aux urgences pédiatriques, en quoi la puéricultrice va-t-elle adapter sa prise en soin de l'enfant et de sa famille pour répondre à leurs besoins ? »

Afin de répondre à cette question, les réflexions au cours de mes lectures m'invitent à poser deux hypothèses :

- Hypothèse 1 :

La communication est l'atout majeur d'une prise en soin holistique de l'enfant et de sa famille lors de la prise en charge aux urgences pédiatriques.

- Hypothèse 2 :

La représentation du soin aux urgences pédiatriques par la puéricultrice est un frein à l'entente de la demande de la famille.

Pour poursuivre le cheminement de mon travail de recherche, je vais vous faire part de la mise en place de mon cadre méthodologique. Nous découvrirons alors si ces hypothèses ont pu se confirmer ou pas.

VI. CADRE MÉTHODOLOGIQUE

1. PRÉSENTATION DE L'ENQUÊTE EXPLORATOIRE

1.1. Choix de l'outil

Afin de vérifier mes hypothèses auprès de soignants, j'ai décidé de mettre en place une grille d'entretien afin de m'aider à réaliser des entretiens semi-directifs. En effet, selon P. Moliner et C. Guimelli « *l'entretien est une technique très utilisée dans le cadre de l'étude*

des représentations sociales »¹⁰³. Ainsi, le but de ce moment partagé est exploratoire car je cherche à identifier les représentations du soin aux urgences pédiatriques des puéricultrices. De même, je souhaite comprendre comment ces dernières définissent la communication afin de voir si celle-ci répond à l'attente des besoins des familles face au contexte de demande croissante de soins.

Ainsi, le choix de mon étude s'est avéré être d'ordre qualitatif par la réalisation d'entretiens avec des professionnels, afin de leur laisser la libre expression sur leur expérience, leur vécu. En effet, via des questionnaires d'ordre plutôt quantitatif, les informations peuvent être perçues plus superficiellement. Il est alors impossible d'ajouter des questions de relance pour des questions pouvant être incompréhensibles ou encore pour affiner les réponses.

Notre grille d'entretien exploite quatre thématiques (en annexe I). Les objectifs relatifs aux questions ont été précisés en annexe, et n'étaient pas dévoilés lors des entretiens. Mes questions reprennent régulièrement le terme « les urgences pédiatriques » afin de maintenir le soignant dans ce contexte. En cas de difficulté des personnes interrogées à s'exprimer suite à une question vaste ou incomprise, mes questions de relance consistent surtout en une reformulation, afin de ne pas influencer. De plus, pour revenir sur une notion évoquée par les soignants, j'utilise des termes tels que « c'est-à-dire, mais encore, d'accord ». De même, la question « Avez-vous quelque chose à ajouter ? » peut inciter les interlocuteurs au développement de leurs idées. Cette démarche fait écho aux écrits des sociologues Luc Van Campenhoudt et Raymond Quivy : « *le chercheur concentrera davantage l'échange autour de ses hypothèses de travail sans exclure pour autant les développements parallèles susceptibles de les nuancer ou de les corriger* »¹⁰⁴.

Découvrons maintenant le choix des lieux d'entretien et des personnes ciblées pour la participation à cette enquête exploratoire.

1.2. Présentation des lieux d'entretien et choix de la population interrogée

1.2.1. Les lieux d'entretien

Dans un premier temps, je trouvais intéressant d'avoir la représentation du soin de puéricultrices issue du même lieu de travail que là où s'est déroulé mon constat, c'est-à-dire

¹⁰³ MOLINER, P., GUIMELLI, C. *Les représentations sociales : fondements théoriques et développements récents*. Ed PUG. Grenoble : 2015, p. 38.

¹⁰⁴ QUIVY, R., VAN CAMPENHOUDT, L. *Manuel de recherche en sciences sociales*. 4ème éd. Paris : Dunod, 2011, p. 170.

dans un centre hospitalier de la métropole Lilloise que je nommerai « hôpital B ». La caractéristique de ce service de pédiatrie est qu'il porte l'appellation de service de consultation d'urgences pédiatriques, car certains soins, comme ceux résultant de traumatismes, sont pris en charge sur le plateau d'urgences adultes. Cependant, afin de varier mon échantillon de population et de comparer les pratiques de soin, j'ai décidé de réaliser mes entretiens dans deux structures hospitalières. Une telle répartition peut également éviter que les premiers professionnels interrogés influencent les dernières personnes participant à mon enquête via le récit de leur ressenti une fois l'entretien terminé. Ce deuxième établissement comportant un service d'urgences pédiatriques fait également partie de la métropole lilloise, et est nommé lors de mon analyse sous le terme de « hôpital A ». D'un point de vue géographique, cet hôpital est situé dans un quartier cosmopolite, où une population en partie issue de milieu socio-économique faible est rencontrée. Quant à l'hôpital B, c'est un hôpital public de proximité. La population accueillie a les mêmes caractéristiques sociales que l'hôpital A, mais l'aspect ethnique y est différent.

Après m'être entretenue par téléphone auprès des cadres de santé de ces deux services d'urgences pédiatriques, et l'envoi de mail au directeur des soins de l'une des structures, j'ai obtenu l'accord pour la réalisation de mes six entretiens souhaités au départ. Je me suis alors rendue dans ces services en fonction du planning des soignants que je souhaitais interroger. Voyons alors de qui il s'agit.

1.2.2. La population interrogée

Dans un premier temps, mon choix s'est porté sur l'entretien auprès de six infirmières puéricultrices. Suite à mon quatrième et dernier entretien réalisé dans l'hôpital A, je me suis aperçue en discutant avec le personnel de la disponibilité d'une infirmière n'ayant pas la spécialité puéricultrice mais bénéficiant de huit années d'ancienneté en pédiatrie. Elle fût alors la cinquième personne de ce service à être interrogée. Ensuite, je me suis entretenue avec deux puéricultrices sur le lieu de travail dont je vous ai fait part lors de mon constat. Pour ne pas prendre le risque de biaiser ma recherche auprès de personnes me connaissant, les deux puéricultrices interrogées de cette structure sont deux nouvelles arrivées que je ne connaissais pas.

Ainsi, j'ai obtenu au total la disponibilité de six infirmières puéricultrices que je nommerai PDE 1¹⁰⁵, PDE 2, PDE 3, PDE 4, PDE 6 et PDE 7 et une infirmière de soins généraux travaillant en pédiatrie qui portera l'appellation de IDE 5¹⁰⁶, soit un total de 7 personnes interrogées.

Nous pouvons mieux les connaître grâce à la première question posée lors de mes entretiens : « Pouvez-vous s'il vous plaît vous présenter ? »

Analysons alors leurs réponses.

	Âge	Année diplôme IDE	Année diplôme PDE	Expérience professionnelle antérieure aux services d'urgences pédiatriques	Ancienneté dans le service
PDE 1	27 ans	2013	2014	- 6 mois IDE en intérim	3,7 ans
PDE 2	24 ans	2014	2015	- 6 mois IDE à domicile + EHPAD - 6 mois PDE pédiatrie /néonatalogie	2,2 ans
PDE 3	24 ans	2014	2015	- 6 mois IDE urgences pédiatriques autre CH - >1 an PDE en réanimation néonatale	1,1 an
PDE 4	27 ans	2013	2014	- IDE : « <i>petits replacements</i> » en cardiologie et pneumologie - 6 mois PDE en service de rééducation et réhabilitation pédiatrique	3,3 ans
IDE 5	30 ans	2011	-	- 2,5 ans dans l'ensemble des différents service de pédiatrie du CH actuel (dont néonatalogie, consultation allergologie ...)	4,6 ans
PDE 6	35 ans	2006	2008	- 1 an IDE en chirurgie orthopédique - 10 ans PDE en service de pédiatrie générale et urgences pédiatriques	10 mois
PDE 7	25 ans	2015	2017	- 1 an et demi IDE en gériatrie	8 mois

J'ai retranscrits les données orales des professionnelles interrogées dans un tableau afin d'avoir une vue d'ensemble de leur ancienneté et de leur expérience, autant dans la fonction d'infirmière diplômée d'état de soins généraux que dans la spécialité puéricultrice.

Les sept soignantes participant aux entretiens sont âgées de 24 à 35 ans. Les puéricultrices 6 et 7, représentant l'hôpital B, ont la plus petite ancienneté au sein de leur service d'urgences pédiatriques. Par contre, nous remarquons que la PDE 6 bénéficie de dix années d'expérience

¹⁰⁵ Lire Puéricultrice Diplômée d'État ayant participé à l'entretien numéro 1 et ainsi de suite pour les autres PDE.

¹⁰⁶ Infirmière Diplômée d'État ayant participé à l'entretien numéro 5.

au préalable dans un autre centre hospitalier auprès des enfants, et a déjà côtoyé un service d'urgence pédiatrique. C'est au final la PDE ayant le plus d'expérience auprès de l'enfant à l'hôpital. À ses côtés, sa collègue, la PDE 7, est la plus novice avec 8 mois d'ancienneté dans le service de consultation d'urgences pédiatriques. La PDE 3 suit de près la PDE 7 avec ses 1 an et 1 mois d'expérience dans le service d'urgences pédiatrique de l'hôpital A en tant qu'infirmière spécialisée auprès de l'enfant. Par contre, elle bénéficie de plus d'un an d'expérience au cœur d'un service de réanimation néonatale en tant que puéricultrice et présente une expérience de 6 mois en tant qu'IDE aux urgences pédiatriques.

Une seule infirmière de soins généraux a été interrogée. Elle se distingue de ses collègues par ses 7,5 années d'expérience auprès de l'enfant hospitalisé dans l'hôpital A. Quant aux PDE 1 et 4, leur expérience en service d'urgences pédiatriques dépasse trois années. Elles sont suivies de la PDE 2, diplômée un an plus tard.

J'ai choisi de mettre ci-joint en Annexe II la retranscription avec la PDE 4. Je vais maintenant vous faire part du déroulement de mes entretiens.

1.3 Déroulement des entretiens

Mes entretiens se sont déroulés fin Août 2018 dans une chambre libre du service : une chambre d'UHCD des services d'urgences pédiatriques pour la première structure, et une chambre du service de pédiatrie pour la seconde. Dans les deux établissements, l'activité traduisait le calme d'une période de vacances scolaires, et a permis aux soignantes d'être entièrement disponibles pour mes entretiens d'une durée de 15 minutes environ.

Avec chaque professionnelle, j'entreprenais la même installation : assise en face à face, séparées par un adaptable qui me permettait d'y poser mon ordinateur et mon téléphone portable pour réaliser l'enregistrement audio de l'entretien (double support pour une sauvegarde des données). Les personnes interrogées étaient au préalable informées de l'anonymat de ces entretiens, et l'accord de l'enregistrement leur était demandé, les données enregistrées étant nécessaires à la retranscription des entretiens afin d'en réaliser l'analyse.

Afin de mettre les soignantes dans un climat de confiance et leur laisser libre expression à mes questions, je commençais par prendre la parole pour me présenter. Je les informais ensuite que mon travail de recherche faisait suite à une situation vécue en tant qu'infirmière dans un service d'urgences pédiatriques et que, à ce jour, je souhaitais connaître leur expérience de la prise en soin de familles aux urgences pédiatriques. Volontairement, j'ai choisi de ne pas aborder la notion de prise en charge holistique de l'enfant et de sa famille en amont des entretiens car je ne voulais pas que leur représentation du soin soit orientée par le

souhait de vouloir répondre au thème de mon mémoire. Le terme « famille » était tout de même mentionné dès le départ.

Les entretiens se sont déroulés sur un total de trois jours, dans de bonnes conditions, et ont duré entre 8 et 21 minutes. Les résultats de mes trois premiers entretiens, réalisés lors de mon premier jour d'échanges, m'ont cependant invitée à modifier ou à insister sur quelques formulations. Voyons cela.

1.4. Limites et difficultés de l'entretien

La communication non-verbale, ou les dires des professionnelles, me faisaient sous-entendre que mes questions 2 et 3 étaient « trop » d'ordre général. Au vu du silence des professionnels, je relançais cette même question en appuyant de nouveau sur le lieu des urgences pédiatriques. Il m'était parfois nécessaire de resituer l'enfant et sa famille, qui sont au cœur de mon sujet de mémoire ; à juste titre, j'avais opté pour le choix de ne pas évoquer aux soignants l'approche holistique du soin dans les prémices de mes informations concernant mon mémoire. A contrario, pour certaines professionnelles, la question sur la communication faisait écho à la précédente et permettait d'obtenir plus d'éléments sur la nature du soin relationnel.

D'autre part, je souhaitais, via la question 4, obtenir des professionnelles un récit d'une situation vécue. Or, les 3 premières professionnelles interrogées restaient très factuelles, ne me dévoilant que l'organisation du service. Dès le deuxième jour d'entretien, j'ai alors insisté davantage sur leur ressenti de la situation vécue pour cette question 4, recueillant alors plus de données personnelles. Cela dit, ces difficultés peuvent peut-être être en lien avec la représentation du soin qu'ont les puéricultrices.

D'après Messieurs Quivy et Van Campenhoudt, « *Le contenu de l'entretien fera l'objet d'une analyse de contenu systématique, destinée à tester les hypothèses de travail* »¹⁰⁷. Laissons alors place à l'analyse des entretiens afin de traduire le cœur de leur retranscription.

2. ANALYSE DE L'ENQUETE EXPLORATOIRE

2.1 Méthodologie

Une fois mes sept entretiens réalisés, il m'a fallu trouver une organisation de travail pour regrouper les réponses. Alors, dans un premier temps, j'ai réalisé la retranscription

¹⁰⁷ QUIVY, R., VAN CAMPENHOUDT, L. *Manuel de recherche en sciences sociales*. 4ème éd. Paris : Dunod, 2011, p. 170.

dactylographiée de l'ensemble de ces échanges. Ensuite, j'ai réalisé un travail sur chaque texte, un par un, question par question, où j'ai pu mettre en évidence, à l'aide d'un code couleur, plusieurs thématiques évoquées par les interlocutrices. J'ai ordonné chaque entretien au mot près, par « copier-coller », dans des tableaux permettant le classement par thème des réponses. Ainsi, mes sept dossiers dactylographiés ont pris la forme de sept tableaux aux thématiques régulièrement similaires mais aux contenus (et couleurs) différents.

De là, j'ai créé un deuxième tableau faisant office de résumé, laissant uniquement apparaître les thèmes que j'ai croisés avec les professionnelles. Ce tableau m'a permis alors de repérer plus facilement les idées communes des soignantes afin de structurer leurs pensées. Pour cela, il ne me restait plus qu'à consulter le premier tableau à hauteur de la thématique concernée pour en extraire les données.

Laissons place alors à la découverte du contenu de ces sept entretiens.

2.2. Analyse

Analysons de plus près les propos de chaque soignante, et voyons si un lien est réalisable avec les notions des auteurs évoquées lors du cadre de référence. Commençons par le thème régulièrement annoncé : celui de la spécialité de la pédiatrie.

2.2.1. La spécialité de la pédiatrie

Dans un premier temps, les professionnelles (1, 2 et 5) nous indiquent que le soin est en fonction de l'âge : PDE 1 « *dépend de la tranche d'âge* », PDE 2 « *Après c'est toujours adapté en fonction de l'enfant et en fonction de son âge, de sa capacité de compréhension forcément* ». L'âge est ici évoqué pour la PDE 5 comme une difficulté, spécifique au prendre soin en pédiatrie : « *le soin qu'on fait, on y arrive pas systématiquement, il y en a avec qui on arrive à avoir un contact, avec qui on arrive à rentrer en communication, il y en a d'autres avec qui c'est impossible, enfin forcément en fonction de l'âge...* » Cette même personne ajoute à la question 3 : « *moi j'explique quel que soit l'âge, je pense qu'il faut toujours expliquer ce qu'on fait parce que si t'expliques pas ce que tu fais tu brusques, donc forcément ça commence par ça* ». Ce point est également souligné par la PDE 1 à la question 5a concernant les difficultés dans le soin aux urgences pédiatriques : « *d'autres prises en soin qui peuvent être compliquées (...) un peu tous les soins en pédiatrie* ». La PDE 2 ajoute : « *un enfant qui n'est pas très coopératif, ça peut être une difficulté* ».

Ici, à partir de ces difficultés en rapport avec l'âge de l'enfant, les professionnelles appuient sur l'importance des explications à donner à l'enfant, et ainsi du climat de confiance à

instaurer : PDE 1 « *on sait très bien qu'à 4 ans faut pas des termes comme piqûre et tout ça, c'est des termes qui font hyper peur* ».

Cela demande alors aux professionnels des capacités d'adaptation à l'enfant et à son niveau de compréhension, c'est-à-dire d'adapter sa prise en soin, ses explications et sa posture au niveau de compréhension des enfants mais aussi de la famille. Nous comprenons alors les faits cités dans le cadre contextuel de l'article R.4311 - 13 du Code de la Santé Publique relatif à la profession d'infirmier précisant : « *Les actes concernant les enfants de la naissance à l'adolescence, (...) sont dispensés en priorité par une infirmière titulaire du diplôme d'État de puéricultrice* »¹⁰⁸. De même, souvenons-nous des termes de la Charte Européenne de l'enfant hospitalisé soulignant également cette notion : « *L'équipe soignante doit être formée à répondre aux besoins psychologiques et émotionnels des enfants et de leur famille* »¹⁰⁹

Le second aspect particulier de la spécialité de la pédiatrie évoqué par les soignantes concerne la famille. D'ailleurs, la PDE 3 pointe l'importance de la présence de la famille et résume ainsi le soin aux urgences pédiatriques (question 2b) : « *aux urgences pédiatriques ou même dans un autre service, c'est prendre en charge un patient. Donc comme on est en pédiatrie, c'est l'enfant, mais nous la particularité c'est qu'il y a aussi la famille à prendre en charge* ». La PDE 3 souligne que la prise en soin d'un patient des urgences pédiatriques ne diffère pas de celle d'un service, conventionnel ou autre, relatif à la pédiatrie. D'autres interlocutrices évoquent également la présence de la famille à différents niveaux de l'entretien : l'IDE, la PDE 6 et la PDE 1 la résumant en notion essentielle du soin à la question 2b. Cet élément est également retrouvé pour d'autres personnes en question 3 relative à la notion de communication, où nous verrons - dans les suites de cette analyse - l'importance de la présence des parents et de l'entretien d'une relation de confiance avec l'enfant et la famille. D'ailleurs, lors du récit de prise en soin (question 4), toutes les soignantes prennent en compte la dimension familiale avec l'importance de faire participer les familles à la prise en soin. PDE 2 « *dans un premier temps on explique vraiment aux parents ce qui va se passer* », PDE 3 « *la famille est toujours présente avec l'enfant, euh, c'est un représentant légal qui doit être présent, (...) et les enfants restent toujours avec l'accompagnant* », PDE 7 « *la famille, elle joue un rôle majeur* ». L'IDE apporte également une notion supplémentaire concernant la place du parent « *en incluant le parent un petit peu*

¹⁰⁸ Décret n°2004 - 802 du 29 juillet 2004 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession infirmière.

¹⁰⁹ ASSOCIATIONS EUROPÉENNES. *Charte de l'enfant hospitalisé*. Pays-Bas à LEIDEN, 1988, 1 p.

aussi, en laissant l'enfant dans les bras par exemple pour faire des soins etc., en essayant de faire participer le parent, je pense que c'est aussi une façon de montrer aux parents que... que on les inclut, qu'ils sont là. »

Des dires de ces soignantes, nous comprenons alors qu'en pédiatrie, le parent est à considérer comme partenaire de soin, tant dans les informations à apporter aux soignants, que dans la procuration d'un climat sécuritaire pour leur enfant. Cela fait alors référence aux besoins de l'enfant retrouvés dans la « *théorie de l'attachement* »¹¹⁰ de John Bowlby, citée antérieurement, qui laisse place à un climat de sécurité et bien-être de l'enfant de part l'importance de la contenance. Rappelons-nous d'ailleurs l'approche de la relation triangulaire afin de répondre aux besoins de chacun, évoquée dans les prémices du cadre contextuel : « *Dans ce contexte, la traditionnelle relation soignant/soigné devient une relation triangulaire, une triade dans laquelle idéalement tous les acteurs sont en relation les uns avec les autres* »¹¹¹.

Ce point essentiel de la famille dans le soin peut évoquer l'intérêt par le personnel de la prise en soin holistique de l'enfant aux urgences pédiatriques. La PDE 3 souligne : « *on prend en charge l'enfant dans sa globalité* ». Ces propos font alors écho aux fondements des valeurs infirmières étudiées dans l'approche holistique du soin telles que citées préalablement : « *l'humanisme et la prise en charge holistique dans le domaine des soins infirmiers* »¹¹². Ainsi, le patient sera pris en charge dans son environnement et dans toutes ses dimensions tel un sujet de soins et non pas tel un « objet ».

Pour conclure sur la spécificité de la pédiatrie, la PDE 7 exprime : « *les parents sont indissociables de la prise en charge (...) après c'est plus facile pour pas qu'il y ait des parents qui se brusquent* ». Ici, cette soignante met en avant que la prise en charge de la famille peut conditionner la suite de la qualité de la relation de soin avec l'enfant. En effet, comme le stipule l'HAS : « *l'accueil dans l'établissement de l'enfant est indissociable de celui de ses parents (...). Toute action en lien avec l'enfant ou l'adulte retentit sur l'autre* »¹¹³. Plusieurs soignantes qualifient d'ailleurs le soin comme débutant dès l'accueil.

¹¹⁰ DELAGE, M. Ethique et bientraitance dans la pratique de soin chez le malade Alzheimer. In *Soin(s), perspectives éthiques : des pratiques de soins au prendre soin*. ARSLAN, S., HESBEEN, W. Paris : Séli Arslan, 2015, p. 96.

¹¹¹ THIBAUT WANQUET, P. Les aidants naturels auprès de l'enfant à l'hôpital. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson, 2008, p. 51.

¹¹² DUBOYS FRESNEY, C., PERRIN, G. *Le métier d'infirmière en France : Chapitre III. Reconnaissance de la discipline des soins infirmiers*. Paris : Presses Universitaires de France, 2017, p. 116.

¹¹³ HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ. Enjeux et spécificités de la prise en charge des enfants et des adolescents en établissement de santé. Certification V2010, 2011, p. 7.

Poursuivons alors l'analyse de ce point.

2.2.2. Le soin : de l'accueil aux procédures

Lors de son récit de prise en soin, la PDE 4 nous qualifie le soin : « *on accueille (...) je trouve c'est super important, c'est : Bonjour ! avec un grand sourire* ». Elle ajoute également avec la PDE 1, l'importance de se présenter en spécifiant « *on devrait mais on le fait pas assez souvent, on se présente pas, parfois on dit "on est les puéricultrices"* ».

Ensuite, les professionnelles 5 et 7 annoncent que le soin commence dès l'accueil. PDE 7 : « *C'est nous qui accueillons en premier l'enfant (...), pour détecter un maximum de choses en priorité et de façon quand même rapide* ». Le soin est alors ici exprimé par les professionnelles comme débutant dès le premier abord relationnel.

Les soignantes 3, 4, 5, 6 et 7 ajoutent à sa qualification la nécessité de leur capacité d'analyse, retrouvée également lors de leur récit de soin. Celle-ci est soulignée par la PDE 3 en évoquant que le soin aux urgences pédiatriques se poursuit au-delà de l'accueil « *on peut faire des infirmières d'accueil mais on prend aussi en charge l'enfant jusque l'UHCD* » et précise la réorientation vers « *la salle adaptée où ensuite ils sont vus par le pédiatre* ». Elle distingue ici deux facettes du travail aux urgences pédiatriques : l'accueil répondant à une procédure de soins généralement commune à chaque patient, et la technicité avec réorientation rapide du patient lorsque l'état de l'enfant se dégrade. Les professionnelles de l'hôpital A évoquent régulièrement la réorientation relative à leur organisation de soins car elles disposent de différentes salles spécifiques adaptées aux soins de traumatisme comme mentionné par la PDE 3. Concernant l'hôpital B, la PDE 6 souligne « *Si c'est en urgence, on le fait passer en salle d'urgence* » car tout service d'urgences pédiatriques possède une salle spécifique dédiée aux urgences vitales comme expliqué dans le cadre contextuel.

Ensuite, à la question 4 concernant le récit d'une situation vécue, les 6 premières professionnelles évoquent un déroulement des soins par étape, avec une énumération des soins. Pour la PDE 1 : « *les constantes qu'il faut prendre en fonction du motif d'entrée, puis ben après on les installe, on leur dit de patienter, que le médecin va venir, puis en fonction des soins qu'on a à faire sur cet enfant... on vient... on sort euh... les parents font appel à nous* ». Cette soignante nous fait part ainsi d'un retour, d'une disponibilité en fonction des soins à réaliser, je sous-entends ici les soins dit « techniques » reflétant notamment l'organisation évoquée précédemment. La PDE 2 fait également référence à ce retour auprès de l'enfant et de sa famille après l'accueil.

Quant à la septième personne, elle ne me fait pas part du détail concernant le déroulement de soin mais insiste sur l'organisation procédurière lors de la notion essentielle du soin demandée : « *Faire oui, les choses dans l'ordre pour ne rien zapper* ». La notion d'analyse avec recueil d'information adéquat est notamment soulignée par cette soignante de l'hôpital B tout comme la PDE 2 de l'hôpital A, annonçant : « *nous donc notre rôle c'est quand même de recueillir tout le recueil de données (...); c'est un petit peu analyser tout ça* ». En effet, cette même soignante ajoute que le soin « *c'est assez ciblé du coup en fonction de sa pathologie* », ce qui renvoie à la PDE 4 qui évoque cette notion : « *des soins vraiment basiques, très classiques, très simples, et il y a des soins un peu plus techniques... (...) il y a beaucoup de relationnel. Les soins basiques seraient plus la pose d'urinocols, la p'tite désinfection de plaies...* ». Ici la PDE 4 entend par soins basiques des soins réalisés couramment, et les différencie des soins plus techniques, invasifs, type bilan sanguin ou pose de perfusion, réalisés par exemple lors de l'altération de l'état général d'un enfant.

Ici les propos des professionnelles nous rappellent l'importance de l'IAO du service d'urgences pédiatriques vue préalablement dans les missions de la puéricultrice. Cependant, nous allons découvrir que quel que soit le motif d'entrée, l'inquiétude des familles est présente.

2.2.3 Anxiété et communication : pour une relation de soin de qualité, auprès de l'enfant et de sa famille, mais aussi au sein d'une équipe de professionnels

Au cours des entretiens, les professionnelles nous font part à maintes reprises de l'anxiété des parents venant consulter aux urgences pédiatriques. Par exemple, en définissant la notion essentielle du soin, la PDE 2 annonce : « *une base dans le soin pour euh... pour mettre à l'aise l'enfant, et les parents (...) parce que c'est anxiogène d'aller aux urgences.* » Nous pouvons en partie associer cela à la notion du prendre soin que nous avons notamment découvert avec W. Hesbeen : « *cette attention particulière que l'on va porter à une personne vivant une situation particulière en vue de lui venir en aide, de contribuer à son bien-être, de promouvoir sa santé* »¹¹⁴. Ainsi, face à cette anxiété concernant l'enfant et sa famille, les professionnelles développent au sein des entretiens de nombreuses données faisant référence à la communication, et ce, au-delà de la question 3 « réservée » à sa définition. Rappelons-nous que cette notion fait partie du concept du prendre soin. Étudions alors les différentes expressions relatives à la communication des interlocutrices exposées ici par thème :

¹¹⁴ HESBEEN, W. *Prendre soin à l'hôpital: inscrire le soin infirmier dans une perspective soignante*. Paris: Masson, 2010, p. 8.

- Dès le premier contact : Soit ici une notion explicitée précédemment, « *dès l'accueil* ».
- La distraction : La PDE 1 illustre cette notion « *faut qu'on détourne le côté soin (...) pas que voir le côté urgence de la chose, et du coup oublier la distraction et oublier le caractère puéril de l'enfant quoi, jeune (...), essayer de faire ça, de passer ça par un jeu* ». Cela rejoint l'idée de la PDE 2 : « *on a quand même beaucoup de choses mises en place pour euh... réduire cet effet anxiogène chez l'enfant* ». De cette distraction découle alors l'idée d'un climat de bien-être afin « *qu'il soit coopérant, pour le rassurer* » selon la notion du soin pour l'IDE 5. Les PDE de l'hôpital B l'expliquent aussi pour « *avoir une bonne adhésion au soin* ». Lors de la question relative à la communication, les PDE 3 et 4 et l'IDE appuient sur l'importance de la distraction lors des soins : PDE 3 « *on communique par la parole mais aussi par le chant, par le jeu* » et PDE 4 « *(...) en lui faisant penser à autre chose souvent ça se passe bien*», IDE « *faire un peu rigoler l'enfant, de le détendre...* »

À noter, le terme « distraction » évoqué à maintes reprises par les puéricultrices 1, 3 et 4, est également à mettre en lien avec la prise en charge de la douleur spécifiée comme notion essentielle du soin à la question 2b. En effet, un lien peut exister avec la différence de prise en charge avec l'hôpital B, où les enfants nécessitant des sutures ou une pose de plâtres sont pris directement en charge sur le plateau des urgences adultes qui est indépendant du service de consultations pédiatriques. D'ailleurs, un projet de service de l'hôpital A est le travail sur la distraction auprès des enfants, notamment dans la prise en charge de la douleur, ce qui peut expliquer que ce terme « *distraction* » ait été cité uniquement par les professionnelles de cet hôpital.

La distraction ici évoquée rappelle une référence à Aristote mentionnée précédemment dont Michel Dupuis nous fait part : « *eutrapelia* », définie comme : « *la capacité de pratiquer un humour adéquat* »¹¹⁵, et qui est ici associée à une vertu que le soignant se doit de mettre en œuvre pour aider le patient à « *s'évader* » lors du soin, mais aussi pour, peut-être, apaiser le parent, l'accompagnant, qui lui aussi peut ressentir de l'inquiétude.

- L'intérêt de la compréhension du soin : de la communication au cœur de la relation de soin.

Lors de la notion essentielle du soin évoquée, la PDE 1 annonce « *leur expliquer avec des termes euh, pour le coup on nous dit toujours qu'il faut utiliser des termes médicaux mais en pédiatrie c'est plutôt l'inverse, s'adapter à l'âge de l'enfant, qu'il comprenne* » ce qui rejoint la PDE 5, qui élargit cette notion aux parents : « *un vocabulaire adapté, (...) très*

¹¹⁵ DUPUIS, M. Sources et horizons de l'éthique du soin. In *Soin(s), perspectives éthiques : des pratiques de soins au prendre soin*. ARSLAN, S., HESBEEN, W. Paris : Séli Arslan, 2015, p. 183.

simple (...) qui est compréhensible par chacun des parents ». Ici, ces deux professionnelles soulignent l'importance de parler avec des mots simples et non médicaux dans le souci de compréhension des enfants mais aussi des parents, toujours dans l'optique d'un climat de réassurance. D'ailleurs, la PDE 7 affirme « *la communication est la base du soin (...) c'est toujours bon d'expliquer ce que l'on fait pour avoir une bonne adhésion au soin, euh, avec le soignant* », PDE 1 « *que les parents aient compris et soient rassurés, parce que des parents qui sont pas rassurés, l'enfant ne sera pas rassuré* ». Nous comprenons ici l'intérêt de la communication utilisée pour la compréhension du soin auprès de l'enfant et de sa famille car, de là peut découler une relation de confiance. Cela est appuyé par les soignantes lors de la question 3 concernant la notion de communication : PDE 2 « *on communique avec l'enfant et les parents ou la personne accompagnante (...), aussi une manière je pense pour le soignant de rentrer en relation de confiance, avec l'enfant, et les parents* ». L'IDE la rejoint dans son discours et la PDE 4 souligne « *souvent les parents arrivent déjà assez stressés (...), parfois, ils arrivent dans un tel état d'inquiétude* ». Ces dires justifient alors le besoin de réassurance et d'explication des parents évoqué par l'ensemble des professionnelles.

Ces éléments de compréhension relatifs à l'apaisement de l'angoisse nous renvoient ainsi à une qualité de prise en soin, et également à la spécificité de la pédiatrie analysée précédemment avec l'intérêt de la prise en compte de l'âge de l'enfant car, comme le dit la PDE 6, « *si on explique bien aux parents, si on arrive à bien comprendre où est le problème des parents, au final on arrive quand même à mieux prendre en charge l'enfant, et puis au final c'est les parents qui sont très rassurés et ils peuvent rentrer chez eux d'une façon plus détendue* ». C'est pourquoi l'IDE 5 révèle : « *je pense que si on s'arrête qu'aux soins techniques c'est vraiment qu'une seule partie de notre métier* ». La PDE 4 insiste d'autant plus lors de son récit de situation de soin vécue sur ce climat de réassurance auprès des mamans primipares ou encore auprès de jeunes parents : « *mais je sais qu'on fait un peu plus attention quand c'est des premiers enfants, des nouveaux parents chez un nouveau-né* », « *je trouve qu'il y a quand même pas mal de relationnel (...) quand on accueille la famille et l'enfant pour les rassurer* ». La PDE 5 ajoute : « *Enfin moi je pense qu'expliquer ce qu'on fait (...) ça fait partie de notre métier et c'est ce qui est le plus important (...) ils savent pas forcément, et c'est normal, enfin, parents, on a pas de cours sur les pathologies infantiles, donc eux, ils ont besoin qu'on les rassure, qu'on soit là pour eux* ». C'est aussi pourquoi la PDE 2 et la PDE 6 résument ainsi le soin : « *c'est vraiment un ensemble je pense, technique et relationnel* », plaçant pour la majorité des soignantes la part relationnelle via la communication comme valeur essentielle du soin.

Ainsi, en évoquant la gestion de l'angoisse des familles avec l'intérêt d'un climat accueillant et rassurant, doté d'explications des soins à venir avec des termes compréhensibles, c'est l'ensemble des professionnelles interrogées qui révèlent une mise en confiance des familles reflétant toute l'importance de la relation de soin. Continuons alors sur les termes émis par les soignantes, définissant cette relation.

- La communication verbale et non-verbale : Cette notion arrive lors de la question 3 concernant la définition de la communication. Le premier versant de cet item vient d'être exposé ci-dessus. Quant au second concernant la communication non-verbale, les soignantes l'illustrent ainsi : IDE 5 « *la position, entre guillemets, de la personne soignante vis-à-vis de l'enfant, parce qu'on peut lui parler doucement mais si on fait des gestes brusques, (...) même si on a des paroles gentilles à côté (...) c'est pas forcément euh... adapté* ». Elle souligne ici l'importance des geste doux à accorder à l'enfant et de prendre du temps dans le soin, tout comme la PDE 6 qui mentionne l'importance du regard.

D'ailleurs, cela rappelle les processus de communication évoqués par M. Delage décrivant l'accès aux pensées des soignants notamment par le regard en décrivant le visage comme « *l'espace corporel le plus expressif* » où l'auteur assimile le regard à une part d'humanité « *Nous détournons le regard, nous regardons ailleurs, et ainsi nous déshumanisons la personne* »¹¹⁶. La PDE 6 complète : « *quand on voit la façon dont il tient l'enfant. Donc au final ça rapporte pas mal de renseignements, et (...) quand il nous dit qu'il a mal et qu'il est en position euh.. fœtale où si au final il arrive, avec le sourire et qu'il peut dire qu'il a un EVA à 10 alors qu'il est en train de sourire et qu'il joue à sa Gameboy* ». Cela résume alors la communication non-verbale s'effectuant ici par l'observation de l'enfant, telle que le mentionnent également les professionnelles 4 et 7 lors de leur récit de soin, et par l'analyse des gestes adoptés de la famille ou des soignants via le portage de l'enfant, comme le stipule la PDE 6. Cette communication peut alors traduire une contrainte psychologique autant chez le patient et sa famille que chez le soignant. Certaines professionnelles évoquent alors l'importance de la bienveillance, voyons ce qu'il en est.

- La bienveillance : cette caractéristique est citée telle quelle par l'IDE 5 en expliquant son ressenti concernant la communication : « *c'est l'explication de tout ce que tu fais, avoir une posture plutôt bienveillante plutôt euh... positive* ». Cette soignante détaille cela dans son récit

¹¹⁶ DELAGE, M. Ethique et bientraitance dans la pratique de soin chez le malade Alzheimer. In *Soin(s), perspectives éthiques : des pratiques de soins au prendre soin*. ARSLAN, S., HESBEEN, W. Paris : Séli Arslan, 2015, p. 98.

de soin : « *on essaye de prendre en soin de la meilleure façon possible, (...) on essaye quand même de rassurer l'enfant, enfin de s'occuper de l'enfant, (...) de rester toujours avec un ton positif, enjoué (...) et garder toujours (...) la même posture quelle que soit la situation, et de rassurer les parents* ». L'IDE fait apparaître l'importance de maintenir une attitude bienveillante quelle que soit la difficulté de prise en soin, ici dans l'exemple donné face à un climat d'inquiétude et de colère chez les parents. Cette notion de bienveillance est également sous-entendue comme nous l'avons vu dans les discours des autres professionnelles relatifs à la relation de confiance. Pour illustrer, je cite la PDE 1 « *ne pas l'infantiliser* », la PDE 4 « *on aime bien suivre le même patient parce que pour les patients et la famille c'est quand même déjà plus agréable d'avoir le même visage, de repérer qui s'occupe d'eux, et aussi parce qu'on a au moins on a le même discours* ». La PDE 2 précise « *communiquer (...) pour mettre à l'aise l'enfant (...), ça permet aussi, voilà, de, je pense pour les parents de pas forcément se sentir jugés sur la façon dont ils ont fait certaines choses ou quoi que ce soit, donc vraiment toujours communiquer, qu'il y ait pas de non-dits et que ce soit clair* ». Ainsi, nous comprenons l'importance d'éviter le silence, ces « non-dits » pouvant être mal interprétés, et ainsi veiller non seulement au bien-être de l'enfant mais également à celui du parent.

Ainsi, il est important de ne pas considérer l'autre comme objet dans les soins tout comme W. Hesbeen l'évoque dans nos lectures. C'est pourquoi nous découvrons au cœur des dires des interlocutrices une autre valeur du soin : l'empathie.

- L'empathie : c'est une autre caractéristique de la communication qui se dévoile également derrière les postures des puéricultrices lors des prises en soin. Ce terme n'a pas été directement énoncé mais se devine dans les réponses de plusieurs soignantes. L'IDE 5 « *pour rassurer les parents je pense que moi, plus en tant que mère qu'en tant que professionnelle (...) si on entoure beaucoup mon enfant ça me rassurera plus que si on est là, aux petits soins avec moi, moi je m'en fiche, c'est pas moi le malade* ». Ici, l'IDE soulève l'importance de s'adresser à l'enfant lors de la prise en soin, avec, comme nous l'avons vu, une communication adaptée. Elle explique que le parent comprendra ce qu'elle fait et sera rassuré. L'IDE, elle-même parent, se met ici à la place des autres parents lors de sa prise en soin. Quant à la PDE 1, en évoquant ses difficultés dans le soin aux urgences pédiatriques, elle appuie à son tour une posture empathique lors de soins invasifs auprès de l'enfant « *alors moi j'essaye à chaque fois de cacher l'aiguille, j'essaye de transmettre ça par rapport à nous quand on va donner un don de sang (...)* ». Cette bienveillance de la soignante permet ici de

rassurer l'enfant et renvoie aux propos de J. Merklings vus précédemment dans les processus de communication « *savoir être à un certain moment à la place du patient* »¹¹⁷.

Les professionnelles ont toutes souligné l'importance de la communication dans la prise en soin de l'enfant et de sa famille. Cependant, elles lui ajoutent un rôle important au sein de l'équipe multidisciplinaire.

- La communication en équipe : Les deux plus jeunes professionnelles insistent sur l'importance de la communication, non seulement auprès de l'enfant et de sa famille, mais aussi au sein de l'équipe pluridisciplinaire. La PDE 3 de l'hôpital A annonce cela dès les prémices de l'entretien, soit lors de sa description du soin : « *on fait un soin euh, en équipe pluridisciplinaire donc est jamais seul, on travaille beaucoup en binôme avec une auxiliaire de puériculture et il y a aussi les internes, les pédiatres, mais aussi toute l'équipe extérieure* ». Quant à la PDE 7, elle s'exprime ainsi : « *Du coup il faut savoir bien se parler entre nous je pense parce que euh, les transmissions c'est important, savoir où on en est, et pour pas s'éparpiller. Savoir ce qu'il reste à faire, ouais pour avoir une bonne prise en soin globale et travailler ensemble, en collaboration* ». D'ailleurs, cette PDE exprime à la question 2b que « *la communication avec les collègues* » est essentielle dans le soin.

Cette notion d'équipe est en effet primordiale, mais peut éventuellement sous entendre un côté rassurant pour ces soignantes « moins expérimentées » aux urgences pédiatriques. D'ailleurs, la PDE 1, diplômée depuis décembre 2014, évoque entre-autres la question de l'expérience pour répondre à la notion essentielle du soin demandé en question 2b : « *je me considère quand même encore jeune dans le métier, ça fait que 2 ans* ». Cette professionnelle revient alors sur cela lors des difficultés à la prise en soin aux urgences pédiatriques évoquées à la question 5 : « *quoi que en fait j'ai pas beaucoup de recul et d'expérience pour juger de ça* ». De même, la PDE 4 fait indirectement référence à l'importance de l'expérience dans le soin : « *quand on leur montre que nous on est zen enfin on sait ce qu'on fait... ils se détendent ils savent où ils sont tombés euh... Si on est voilà si on est à l'aise on leur parle de tout de rien* ». Cependant, l'IDE 5 précise : « *il faut écouter l'enfant mais tout en faisant ce qu'on a besoin de faire parce que si on écoute les enfants on fait rien (...) il faut savoir (...) les aider, les amener à faire ce dont on a besoin, entre guillemets* ».

Cela nous montre que le métier de puéricultrice demande des capacités d'adaptation de la part de la professionnelle pouvant être, supposons, facilité par l'expérience. En effet, il est

¹¹⁷ MERKLING, J. *Les fondements de la relation de soin : savoirs essentiels, outils à mobiliser et professionnalisation*. Paris : Séli Arslan, 2017, p. 105.

important que les soignantes puissent se sentir psychiquement disponibles dans la distraction lors du soin, comme lors du soin technique par exemple, pouvant nécessiter une certaine concentration. En effet, rappelons-nous que cette disponibilité et la qualité de présence qu'offrent le soignant permettent « *le sens d'un enrichissement, d'un réconfort, d'une sécurisation, d'une valorisation, ou encore d'un apaisement* »¹¹⁸.

Paradoxalement, les deux plus jeunes puéricultrices sont les seules n'ayant pas évoqué de difficultés particulières à leur prise en soin (question 5a). D'ailleurs, la PDE 7 s'appuie sur l'outil de communication majeur que sont les transmissions : « *les transmissions orales et écrites ça aide beaucoup je trouve, (...) avec le logiciel ça permet de suivre si il y a quelqu'un qui vient aider entre deux et tout ça ; où est quel enfant (...). Y'a pas mal d'échanges avec d'autres professionnels* ». Cette notion d'organisation avec la traçabilité est d'ailleurs alliée aux autres notions essentielles du soin de la question 2b pour cette même personne. Notons que les soignantes 2-4-5 et 6 font également référence à l'équipe pluridisciplinaire tant pour une qualité de soin au moment de l'accueil via un travail en binôme quand cela est possible, que pour la réorientation de ces familles vers une prise en soin spécialisée. La PDE 4 spécifie cependant l'intérêt « *du même interlocuteur* » dans la mesure du possible car elle qualifie cela de rassurant pour les familles, notamment grâce à « *un même discours* ».

L'appui de la relation d'équipe est une force pour les professionnelles, aidant à travailler dans un esprit sécuritaire, et ce quelle que soit l'expérience de ces dernières. Ainsi, nous pouvons constater que des notions de communication évoquées par ces soignantes émane la volonté d'une qualité de soin. Cependant, face à l'importance de la qualité de communication souhaitée par les professionnelles, nous allons voir que celles-ci sont amenées à rencontrer des difficultés.

2.2.4. De la qualité de la communication aux difficultés de la prise en soin

Nous avons vu dans le premier temps de l'analyse les difficultés des professionnelles relatives à la spécificité de la pédiatrie. Au cours des entretiens, d'autres difficultés sont exprimées de la part des personnes interrogées, analysons les.

- L'écoute et le moment présent : derrière les termes employés par les professionnelles, comme « *demander aux parents* », la PDE 3 ajoute « *discuter avec le patient et les parents* », ou encore « *communiquer, s'intéresser à l'environnement de l'enfant* », nous devinons l'écoute des professionnelles. Concernant la PDE 1, elle annonce : « *si j'ai besoin de*

¹¹⁸ MERKLING, J. *Les fondements de la relation de soin : savoirs essentiels, outils à mobiliser et professionnalisation*. Paris : Séli Arslan, 2017, p. 122.

renseignements, après je m'oriente plus vers la maman, quand c'est tout ce qui est question sur les antécédents, la vaccination tout ça.» Ici, l'interlocutrice évoque une écoute incontournable afin d'obtenir les données essentielles à l'anamnèse de la consultation aux urgences pédiatriques. En effet, cela est illustré par la PDE 2 : « *nous donc notre rôle c'est quand même de recueillir tout le recueil de données* », et la PDE 5 : « *il faut écouter l'enfant* ». L'écoute est nécessaire, et répond d'ailleurs à la procédure lors de l'entretien d'accueil afin de cibler et prioriser le soin comme le sous-entend la PDE 7 : « *on pose les questions habituelles* ».

Cependant, la PDE 2 ajoute l'importance de l'écoute, quelle que soit la représentation du soin de la professionnelle, « *si ça inquiète les parents c'est qu'il y a une raison* ». D'ailleurs, la PDE 4 souligne l'importance de ce temps d'écoute, différent de celui concernant l'anamnèse, afin de créer un climat de confiance : « *mettre une petite relation entre nous euh.. dire "vous pouvez nous parler de tout et de rien, nous on est cool, enfin, on va pas vous juger, on va pas vous gronder parce que vous venez à 4h du mat' parce qu'un enfant d'un mois pleure"* ».

Notons néanmoins qu'aucune des puéricultrices n'a directement employé le terme de « l'écoute » bien qu'il soit deviné dans les citations ci-dessus. Or, rappelons-nous les propos de Véronique Haberey-Knuessi : « *Sans cette part très naturelle de l'échange qui permet de mettre les maux en mots, d'exprimer ses craintes et ses appréhensions, d'envisager l'avenir, sans ce lieu de rencontre entre humains, la technique et la science, aussi puissantes soient-elles, ne sont rien* »¹¹⁹. En effet, l'écoute est en lien avec une certaine notion de temporalité où la disponibilité psychique est primordiale. Cependant, aux urgences pédiatriques, cette temporalité peut être parfois malmenée, par un afflux important de patients, ou encore face au risque de dégradation de l'état de santé d'un enfant nécessitant la présence de professionnels pour des soins d'urgences comme évoqués par les PDE 6 et 7 lors de leur récit de situation vécue. Les soignantes distinguent alors le temps de la parole et le temps du soin technique. PDE 4 : « *ça c'est quand ils vont bien parce que quand c'est de l'urgence on va pas demander la marque de la poussette et tout ça* ». PDE 7 : « *après c'était de l'urgence, donc on avait pas le temps non plus d'expliquer à la maman midi, quatorze heures, en fait elle est restée sur le côté, on est rentré au déchoc, fallait le piquer et tout ça...* ». La PDE 4 souligne le contexte des urgences pédiatriques « *On est mauvais parce qu'on a aucune notion de temps* », la PDE 6 illustre cela : « *une fois j'étais aux urgences j'avais 22 enfants qui attendaient* ». Nous

¹¹⁹ HABEREY-KNUESSI, V. De la relation de confiance à la construction du sens. In *Soin(s), perspectives éthiques : des pratiques de soins au prendre soin*. ARSLAN, S., HESBEEN, W. Paris : Séli Arslan, 2015, p. 155.

comprenons alors ce que la PDE 1 évoque lors de son récit de situation vécue, la différence de temporalité saisonnière du service : « *on a pas beaucoup de temps à part en ce moment où c'est l'été et où on peut prendre plus de temps avec les patients, ce qui est un côté agréable* » ce qui est également retrouvé dans les propos de la PDE 3.

La contrainte temps évoquée par les PDE 1, 2 et 3 lors de la question 5 concernant les difficultés, peut être en lien avec la spécificité d'un service d'urgences : PDE 2 « *cibler le problème* », PDE 1 « *puis en fonction des soins qu'on a à faire sur cet enfant... on vient... on sort euh... les parents font appel à nous...* » Ici, la PDE 1 appuie la réintervention de sa collègue pour la réalisation de soins prescrits à différents moments, ce qui témoigne d'une non disponibilité continue des soignantes et met en relief l'importance du travail en équipe. En effet, la PDE 3 évoque cette contrainte temps dans son récit de soin « *donc savoir si on intervient tout de suite ou si on a le temps de terminer ce que l'on est en train de faire* ».

Les propos de ces professionnelles rappellent J. Merklings évoquant Carl Rogers dans « *l'ici et le maintenant* »¹²⁰ où la notion d'intersubjectivité prenant effet au cœur du soin est nécessaire pour une qualité de présence. La PDE 4 ajoute que la puéricultrice n'est pas seule face à cette difficulté : « *et les médecins...* ».

Les soignantes m'ont fait ainsi part, durant les entretiens, que l'écoute lors de la prise en soin aux urgences pédiatriques est primordiale mais, qu'en dehors de l'accueil où l'anamnèse est demandée, elle peut parfois être compromise face à une demande croissante de soins. Cette contrainte temps, variant selon les saisons ou selon certaines plages horaires, les professionnelles l'identifient comme une difficulté à la prise en soin. Découvrons maintenant d'autres situations difficiles mentionnées par les interlocutrices.

- Le langage : dans les données de ces soignantes, nous comprenons la place importante de la communication dans le soin. Les difficultés la concernant peuvent être des obstacles dans la prise en soin. En effet, quatre professionnelles de l'hôpital A (1-2-4 et 5) évoquent l'exemple de la barrière de la langue comme un frein à la compréhension des besoins des parents. PDE 1 « *avec les différentes populations, c'est parfois très compliqué* », PDE 2 « *quand on a besoin d'avoir une anamnèse , (...) je sais pas une brûlure qui s'est passée qu'est-ce qu'il a eu sur lui etc. alors que, euh... on comprend pas... c'est pas évident, (...) donc ça peut être un petit peu difficile dans la prise en soin* ». Quant à l'IDE : « *c'est pas facile quand on n'a pas la même langue parce qu'on peut pas comprendre. Valable pour la langue mais c'est aussi*

¹²⁰ MERKLING, J. *Les fondements de la relation de soin : savoirs essentiels, outils à mobiliser et professionnalisation*. Paris : Séli Arslan, 2017, p. 48

valable pour les personnes qui sont sourdes et muettes ». Nous comprenons alors que les difficultés liées au langage peuvent susciter une angoisse chez les familles, parfois difficile à résoudre pour les soignantes. Rappelons-nous que ces professionnelles font partie de l'hôpital A qui se situe dans un quartier plus cosmopolite que l'hôpital B, ce qui peut expliquer que ces soignantes sont confrontées plus régulièrement à des difficultés de communication en lien avec une langue étrangère. Ces propos sont à mettre en lien avec les besoins des soignants évoqués lors du cadre contextuel : des besoins « *cognitifs, psychoaffectifs et relationnels, sur le plan physique et sur le sens de leur travail* »¹²¹.

- L'insécurité : Cette notion est recensée comme difficulté pour quatre professionnelles sur cinq de l'hôpital A, qui évoquent « *la peur* » ou « *le stress* » de l'agressivité. Cela peut être en lien avec la situation géographique de cet hôpital, dans une zone de précarité et de quartiers dits « *sensibles* » de la métropole. Les professionnelles s'expliquent : PDE 2 « *des parents stressés ça peut interférer dans le soin* », PDE 1 « *des parents qui sont tellement stressés pour leur enfant que du coup ils en deviennent agressifs* », PDE 3 « *ou alors des parents qui peuvent facilement se mettre en colère par l'angoisse et l'attente* ». D'ailleurs, la PDE 4 fait le lien en question 5a après avoir évoqué l'incompréhension des parents concernant l'attente ou leur stress de la situation vécue : « *après ce n'est pas de l'agressivité mais ça découle souvent des gens qui sont tellement stressés qu'ils n'écoutent pas ce qu'on leur dit* ».

La PDE 1, ajoute « *le vol* » comme une autre notion concernant le sentiment d'insécurité : « *la preuve de toute façon on ferme nos chariots quand on sort de la chambre, c'est triste mais en même temps on se fait tellement voler* ». Cette professionnelle l'explique ainsi « *je pense plus aux urgences que dans un autre service parce que... on les voit sur un court terme* ».

Une autre facette de l'insécurité mentionnée est celle de l'insécurité affective telle que la PDE 2 nous en fait part : « *la difficulté de prise en soin, un enfant qui n'est pas très coopérant* ». Cette notion nous renvoie alors à celle de la communication explicitée précédemment, et du besoin de réassurance de l'enfant et de sa famille.

Nous allons voir que les difficultés des professionnelles peuvent aussi être en lien avec une représentation de l'urgence du soin différente de celle des familles.

¹²¹ THIBAUT WANQUET, P. Les aidants naturels auprès de l'enfant à l'hôpital. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson, 2008, p. 82.

- La différence de représentation de l'urgence du soin : Elle peut également amener les soignantes à des difficultés. En effet, lorsque les soignantes (1, 2, 4, 5 et 6) évoquent un ressenti de l'urgence différent de celui des parents, c'est la technicité du soin dans la représentation du soin aux urgences pédiatriques des professionnelles qui se manifeste. Cette notion est mise en évidence en partie à la question 2. En effet, six interlocutrices m'ont renseignée sur ce sujet. PDE 1 « *faut que ça passe par une activité (...) comme une activité invasive... ou non invasive* ». Ici cette professionnelle attribue dans les premiers temps lors de son entretien le soin à la technicité, de même pour les autres interlocutrices, tous hôpitaux confondus. PDE 2 « *ça peut être technique, comme une prise en charge globale de l'enfant le soin, (...) je pense qu'il peut être ... si si c'est un soin technique* », PDE 6 « *il y a le vrai soin technique avec prises des constantes, tout ce qui est vraiment technique... prise des températures, pose de perfusion, pansement de brûlure et ci et ça, après ça il y a aussi le relationnel* ». Ici, les termes « *après ça* » soulignent alors l'importance de la technicité aux urgences pour cette jeune puéricultrice.

Or, à l'inverse, les deux soignantes les plus anciennes du service de l'hôpital A ont dès le début de leur entretien des visions différentes. L'IDE affirme « *c'est à la fois le relationnel et à la fois après tout ce qui est plus technique (...) parce que (...) sur la plupart des patients qu'on voit il y a quand même pas énormément de soins techniques réalisés, c'est beaucoup... une grande part de relationnel dans notre métier* ». Cette idée est renforcée par la PDE 4 « *il y en a beaucoup qui vont croire que... que le soin aux urgences pédiatriques c'est très technique, des soins très aigus et à un instant T* ». Ici, cette professionnelle appuie la vision première des soignantes avant d'expliquer plus loin qu'il n'y a pas que cet aspect technique du soin rencontré aux urgences pédiatriques, comme nous l'avons vu précédemment.

En effet, soulignons l'importance du soin relationnel évoqué dans les propos de J. Merklings lors de nos lectures : « *La primauté accordée à l'intellectuel sur le corporel, à la pensée sur le corps, dans notre société, reste un frein dans notre conception du soin aujourd'hui* »¹²².

Nous avons compris au départ, via l'analyse des entretiens, l'importance de la part relationnelle dans le soin, mais, face à une représentation du soin aux urgences pédiatriques comme alliée de technicité du soin, les professionnelles évoquent à multiples reprises une incompréhension. Cela se reflète dans leurs propos comme dans ceux de la PDE 6 « *il y a des enfants qui viennent parce qu'ils ont des oxyures ou parce qu'ils sont constipés... et après ça*

¹²² MERKLING, J. *Les fondements de la relation de soin : savoirs essentiels, outils à mobiliser et professionnalisation*. Paris : Séli Arslan, 2017. 206 p. 91.

il y a des enfants qui viennent parce qu'ils ont une bronchiolite ou parce qu'ils ont du sang dans les urines ou bien dans les selles (...) un quota astronomique d'enfants qui viennent aux urgences pour au final des problèmes qui auraient pu être vus du lendemain ». Ce degré de représentation du soin d'urgence est perçu différemment d'un professionnel à un autre mais aussi d'un parent à un autre comme l'évoque la PDE 7 lors du récit d'une situation vécue : « *Quand on l'a accueilli, il était complètement gris (...) je ne sais même pas si la maman ça l'a stressée ou pas (...) parce que finalement quand elle est arrivée, elle ne se rendait pas compte tu vois* ».

Rappelons-nous alors les écrits de Christelle Vastrade concernant le « *sens du soin pour le patient et ses proches* »¹²³, où l'auteure énonce que celui-ci dépend de la représentation que nous nous en faisons, qu'il est personnel et qu'il peut être différent du point de vue du patient et de sa famille.

La PDE 4 appuie dans ses difficultés ressenties la redondance des même familles venant consulter aux urgences : « *c'est quand même une population qui vient souvent on revoit quand même souvent les mêmes* », « *il y a des parents, ils savent qu'ils viennent pour rien. On essaie de leur expliquer ils s'en fichent, ils reviendront parce qu'ils ont pas le courage d'attendre un rendez-vous chez le médecin, (...) les sous chez un médecin quand par exemple en maison médicale* ».

Nous pouvons mettre ici en lien l'ensemble des ces dire avec le changement sociétal évoqué dans les apports théoriques et souligné par Monsieur Hesbeen : « *l'évolution somme toute récente du système de soins nous donne des indications précieuses quant aux défis contemporains auxquels sont confrontés les professionnels, les organisations et les dispositifs de formation* »¹²⁴.

À cause des représentations des professionnelles, différentes de celles des familles, relativiser l'urgence du soin ressentie par les parents peut être complexe. Rappelons-nous l'étude réalisée aux urgences pédiatriques citée dans le cadre de référence stipulant que dans « *75% des cas, ces consultations n'étaient pas des urgences vraies ou vitales d'un point de vue médical* »¹²⁵. La PDE 2 le dit : « *du coup c'est difficile de faire comprendre que non, là il peut se permettre d'attendre (...) que ça nécessitait pas des fois forcément de consulter aux*

¹²³ VASTRADE, C. L'analyse réflexive autour d'une situation de soins. In *Soin(s), perspectives éthiques : des pratiques de soins au prendre soin*. ARSLAN, S., HESBEEN, W. Paris : Séli Arslan, 2015, p. 77.

¹²⁴ ARSLAN, S., HESBEEN, W. *Soin(s), perspectives éthiques : des pratiques de soins au prendre soin*. Paris : Séli Arslan, 2015, p. 11.

¹²⁵ MAUGEIN, L., LAMBERT, M., RICHER, O et al. Consultations itératives aux urgences pédiatriques. *Archives de Pédiatrie*, 2011, vol 18, n°2, p. 132.

urgences, c'est vrai c'est compliqué, pour nous c'est logique, on voit un enfant on se dit bon, pour lui ya un point d'appel, on le voit, il a un gros rhume il chauffe, bon il a de la température. Sauf que pour les parents (...), on est pas du tout sur le même niveau d'égalité au niveau de la... des connaissances, (...) et que du coup pour lui, c'est pas le même degré d'urgence que pour nous ». Cette représentation liée à la connaissance se retrouve également dans le récit de l'IDE « *nous des fièvres à 40 on en voit, pas 10 par jour, j'exagère, mais on en voit tous les jours, les parents quand c'est leur enfant qui a 6 mois, 1 an ou moins, ils ont jamais vu de leur vie et pour eux c'est hyper grave* ». Cette représentation fait écho aux fonctions des représentations sociales selon Jean-Claude Abric où ici, c'est de la « *fonction de savoir* »¹²⁶ permettant de comprendre et d'expliquer la réalité dont il s'agit.

Pour conclure sur les difficultés ressenties par les professionnelles lors du soin aux urgences pédiatriques (question5b), les interlocutrices témoignent d'une contrainte psychologique :

- *« du stress »* précisé par les soignantes évoquant l'insécurité, mais aussi ressenti pour les PDE 2 et 3 face aux situations difficiles de prise en soin dans un contexte d'urgence, lors d'une altération de l'état général de l'enfant. Je cite alors la PDE 2 « *après c'est une difficulté psychologique pour les soignants, peut-être, quand c'est une situation un peu plus grave entre guillemets, quand on est dans le feu de l'action ça va, mais après coup, on peut se dire mince, euh... ouf, ça a été dur ... c'est délicat, cet enfant, qu'est-ce qu'il va devenir...* ».

Ces professionnelles nous renvoient alors à la notion de compétence émotionnelle que nous avons découvert avec J. Merklings dans le vécu émotionnel dans la relation de soin.

- de *« la frustration »* faisant suite pour l'IDE et la PDE 2 à la barrière de la langue qui est mentionnée : « *c'est frustrant de pas pouvoir s'exprimer et de pas comprendre* ». À noter, la PDE 2 nous rappelle que cette frustration ressentie, peut l'être également chez les parents « *Et pour les parents aussi, parce que eux c'est pareil, ils sont dans l'incompréhension* ». Ce ressenti des soignants met l'accent sur l'importance de la communication dans le soin.

Ce sentiment de frustration est également évoqué par la PDE 1 lors d'une prise en soin réalisée conduisant à une évaluation ressentie comme négative. Cette professionnelle explique alors « *quand ça se passe bien c'est sûr qu'au contraire on est beaucoup plus satisfait de notre travail* ». Lorsque ce n'est pas le cas, cette dernière évoque « *de la remise en question énormément aussi, on se dit "est-ce que j'aurais pu faire autrement... est-ce que j'ai pas été*

¹²⁶ ABRIC, J.-C. *Pratiques sociales et représentation*. 1ère éd. Paris : PUF, 2011, p. 21 à 24.

trop brusque en lui présentant le soin” ». À cette frustration, est couplée un sentiment de colère pour d’autres soignantes :

- *« de la colère »* ressentie pour l’IDE par rapport paradoxalement au refus de soin des parents venant consulter aux urgences pédiatriques *« quand j’estime que c’est nécessaire et que voilà, le personnel médical est d’accord avec ça, ça m’énerve quand on veut pas le faire parce que je me dis que c’est dangereux pour l’enfant »*. Ici la professionnelle met en avant la technicité du soin telle la prise de sang où parfois la piqûre peut être refusée ou dénigrée par les parents alors que ce soin est nécessaire pour établir un diagnostic ou soulager l’enfant.

Face à ces sentiments de colère et de frustration, nous pouvons mettre ici en référence la notion de la reconnaissance du soin pour le professionnel, abordée antérieurement dans les besoins des soignantes avec Mme Thibault-Wanquet et M. Merklings, en vue d’apporter une satisfaction personnelle.

- *« le manque de diplomatie »* incontrôlé avec, pour cause, comme l’explique la PDE 4, la fatigue *« c’est assez difficile d’être assez diplomate puis parfois la fatigue quand c’est le vingtième de la journée qui vient pour rien je pense que dans notre voix inconsciemment, dans notre communication non-verbale, on va avoir des petites mimiques qui montrent que on est un peu embêtée, que ça commence à bien faire »*. La PDE 6 la rejoint *« un petit peu d’énervement, puisque je trouve que c’est pas logique »*.

Nous avons vu dans le concept du prendre soin que des manifestations corporelles involontaires du soignant peuvent avoir un impact sur le patient. Ainsi, Jacky Merklings nous indique qu’un *« travail sur soi important et régulier est nécessaire pour maîtriser ces éléments »*¹²⁷.

Pour finir face à ses difficultés ressenties, l’IDE nous rappelle l’importance de parler des représentations pour une amélioration de la qualité des soins, comme retrouvé dans le cadre conceptuel des représentations *« je pense qu’on a tendance un peu à l’oublier aussi, et c’est hyper important de se dire, mais chaque parent qui vient est... unique, et donc ils ont pas toujours vécu ce que nous on a vu »*. La PDE 2 la rejoint dans cette idée *« Et ça je pense qu’on l’oublie assez régulièrement, faut se le remettre en tête en se disant que bon oui, moi certes j’ai l’impression qu’il vient un petit peu pour rien, mais si ça inquiète les parents c’est qu’il y a une raison »*. Cela rappelle ainsi les pensées de Ljiljana Jovic retrouvées dans le

¹²⁷ MERKLING, J. *Les fondements de la relation de soin : savoirs essentiels, outils à mobiliser et professionnalisation*. Paris : Séli Arslan, 2017, p. 158.

cadre conceptuel des représentations sociales. L'auteure stipule que leur utilisation dans la pratique professionnelle est indispensable et annonce qu'elles doivent être « *explicitées afin d'élaborer des représentations communes au groupe, ou d'obtenir un consensus, afin de fédérer l'équipe dans la perspective d'atteindre les objectifs de qualité de prise en charge des malades visés* »¹²⁸.

Ainsi, ces soignantes introduisent, à travers leurs difficultés, l'idée d'une qualité du soin, que nous retrouvons également chez leurs collègues.

2.2.5. De la difficulté du soin à la qualité de soin

Lorsque j'ai demandé aux professionnelles ce que ces difficultés engendraient chez elles, j'ai découvert d'autres notions en plus des contraintes psychologiques. En effet, les professionnelles étaient en partie dans une dynamique d'action afin que les choses évoluent, changent, dans l'optique d'une qualité de soin et de sécurité de soin.

La PDE 4 mentionne « *l'envie de développer l'éducation primaire* » lorsqu'elle évoque sa notion du soin aux urgences pédiatriques, et ajoute « *parfois à son échelle on essaie quand même de faire un peu de promotion de la santé, donc ça j'aime bien, surtout quand c'est des nouveaux nés des primipares (...) puis l'allaitement, des RGO¹²⁹, des coliques, où on peut donner nos petits conseils* ». Ici la PDE 4 met en avant la part éducative du travail de la puéricultrice aux urgences pédiatriques « *un peu plus comme des consultations de PMI...* » D'ailleurs l'IDE s'exprime ainsi « *c'est notre rôle aussi aux urgences, un rôle de prévention, enfin de prévention et d'explications* ».

Ces soins de nature curative, mais également de prévention et d'éducation, répondent ainsi aux missions de la puéricultrice citées dans le cadre contextuel. De plus, Mr. Mercier souligne : « *un nombre croissant de jeunes parents consultent aux urgences pour de simples problèmes de puériculture qui demandent un certain temps d'éducation thérapeutique* »¹³⁰.

Cette notion d'éducation renvoie à la force du travail en équipe également mentionnée par les professionnelles 2, 3, 5, 6 et 7 « *c'est une collaboration avec pas mal d'acteurs* ». Ici, chaque professionnelle est en mesure de fournir aux familles des conseils et des actions d'éducation, mais aussi de travailler en réseau, et ainsi de proposer, dans un second temps, une orientation vers l'extra-hospitalier via les consultations de PMI. D'ailleurs, la PDE 6, en

¹²⁸ FORMARIER, M., LJILJANA, J. *Les concepts en sciences infirmières*. Association de recherche en soins infirmiers (ARSI). 2ème éd, 2012. 328 p.

¹²⁹ reflux gastro-oesophagien.

¹³⁰ MERCIER, J-C. Organisation des urgences pédiatriques en Île-de-France. *Cahiers de la Puéricultrice*, 2014, vol 51, n°281, p. 15.

évoquant ses difficultés, met en avant son souhait de réorientation des familles pour « *travailler dans de bonnes conditions* ». À travers les déclarations de ces interlocutrices, nous comprenons que les consultations infantiles réalisées en PMI permettent à la puéricultrice un temps d'écoute et des conditions d'éducation à la santé, avec une temporalité différente d'un service d'urgences pédiatriques pouvant être, comme le qualifient les auteurs, « *débordé* »¹³¹. Cela renvoie également à la notion de disponibilité psychique et du moment présent précédemment évoquée. D'ailleurs, rappelons les propos des auteurs du cadre contextuel « *toutes ces raisons vont entraîner les infirmières à développer de nouvelles compétences* »¹³² et préconisent alors de « *développer le lien hôpital-ville* »¹³³.

Par ailleurs, pour la qualité du soin, le délai des informations à améliorer est un autre item souligné par la PDE 4 « *je trouve que dans la communication aux urgences pédiatriques on pourrait être meilleur dans l'information* ». Ici, ce retard de communication renvoie à la temporalité du service des urgences pédiatriques « *on est mauvais parce qu'on a aucune notion de temps* ».

Quant aux PDE 6 et 7 de l'hôpital B, elles insistent toutes deux sur le souhait d'une qualité de soin dans des conditions de sécurité. Je cite la PDE 6 « *ça pourrait être un bon travail, un travail intéressant (...) sauf qu'au final ça engendre un problème organisationnel au niveau du service et des fois les enfants du service sont un peu lâchés, plus spécialement considérés, ou bien moins bien surveillés.* » Cette professionnelle met alors en évidence les notions de responsabilité de la puéricultrice et dit « *et si l'enfant était mort, la responsabilité ? L'hôpital me dit ça aurait été pour responsabilité organisationnelle (...) sauf que ma conscience malgré tout, quoi qu'on puisse dire, elle est là* ». Ces paroles font alors écho à celles de la PDE 2, qui appuie la responsabilité du métier d'infirmière : « *on a quand même ce rôle de savoir repérer un cas qui serait plus urgent, plus critique, à être pris en charge bien plus vite par le médecin, ou qui peut attendre* ». Cela nous renvoie aux propos de Mme Haberey-Knuessi, évoqués dans le cadre contextuel des urgences, où l'auteure nous fait part des conséquences de la modification des pratiques de demandes de soins : « *L'orientation souvent mal adaptée des patients a de nombreux effets délétères pour les familles, comme*

¹³¹ HERNANDORENA, X. Urgences pédiatriques débordées : que faire des fausses urgences ? *Spirale*, 2013, n° 65, p.158-162.

¹³² DUBOYS FRESNEY, C., PERRIN, G. *Le métier d'infirmière en France : Chapitre III. Reconnaissance de la discipline des soins infirmiers*. Paris : Presses Universitaires de France, 2017, p. 104.

¹³³ MAUGEIN, L., LAMBERT, M., RICHER, O et al. Consultations itératives aux urgences pédiatriques. *Archives de Pédiatrie*, 2011, vol 18, n°2, p. 133.

pour les professionnels : mauvaise prise en charge des véritables urgences avec de possibles conséquences médico-légales »¹³⁴.

Nous comprenons alors pourquoi la PDE 7 évoque à plusieurs reprises lors de l'entretien l'importance de l'organisation du travail en équipe. La PDE 6 souligne également l'intérêt de l'établissement et de l'équipe multidisciplinaire à poursuivre la mise en place de soins de qualité avec des souhaits de réajustement de part la Revue Morbi-Mortalité.

Dans l'hôpital B, une faille dans l'organisation de soins est ainsi pointée par la PDE 6, en lien selon elle avec un manque de personnel : « *un vrai problème au niveau du quota pas organisationnel, bon après ça je m'organise comme je peux m'organiser, mais je trouve qu'au niveau du quota de personnel à l'instant T il faudrait déplacer les horaires ...* » Cela peut être en relation avec l'organisation qui est différente selon les horaires de la journée, où la PDE mentionne une présence plus accrue de personnel la semaine en journée par rapport aux soirs, weekends et jours fériés. En effet, dans ces derniers créneaux horaires, les soignantes affiliées au service de consultations d'urgences peuvent être dans le même temps responsables des enfants hospitalisés dans le service de pédiatrie. La réorganisation de cet établissement est cependant en cours avec une étude de personnels affiliés aux urgences durant 12H. Quant à l'effectif de personnel actuel, il est majoré pour la basse saison.

La PDE 6 ajoute alors la remise en question de la politique de santé et l'économie : « *je trouve que... il y a un vrai laisser-aller, (...) il faut que le ministère de la Santé ... il fait des économies, il veut faire des économies à tous les niveaux, ben déjà qu'il commence à faire des économies au niveau des urgences* ». Suite à sa représentation du soin aux urgences pédiatriques, cette professionnelle exprime ici une faille dans l'organisation du système de santé. Nous pouvons mettre cela en lien avec les difficultés étudiées du prendre soin. Souvenons-nous, nos lectures nous informent de la T2A (tarification à l'activité) centrée sur la rentabilité. Or, nous avons vu qu'aux urgences pédiatriques, beaucoup de soins sont d'ordre relationnel ou d'éducation et de prévention, et ne sont pas recensés sur ces grilles de cotations. De plus, s'ajoutent les deux lois participant à la notion dite « *d'émergence d'un consommateur de soins* »¹³⁵ avec la loi du 4 Mars 2002 concernant le droit des malades et la qualité du système de soins, où une autonomie est donnée au patient dans le choix de son parcours de santé, et la loi du 13 Août 2004 concernant la réforme de l'assurance maladie, où

¹³⁴ STAGNARA, J., VERMONT, J., DUQUESNE, A et al. Urgences pédiatriques et consultations non programmées — enquête auprès de l'ensemble du système de soins de l'agglomération lyonnaise. *Archives de Pédiatrie*, 2004, vol 11, n°2, p.109.

¹³⁵ BATIFOULIER, P., DOMIN, J-P., GADREAU, M. Mutation du patient et construction d'un marché de la santé. L'expérience française. *Revue Française de Socio-Économie*, 2008, n°1, p. 27.

le patient est mis davantage à contribution financièrement par l'évolution tarifaire exponentielle du ticket modérateur et « *les sanctions financières en cas de non-respect du parcours de soin* »¹³⁶.

Pour terminer, la PDE 7, dans son récit de prise en soin - une situation de soin d'urgence vécue concernant un nourrisson déshydraté - exprime un regret suite à un manque de communication avec la famille : « *j'étais acteur mais à distance, je me dis tiens si c'était à refaire, est-ce que je n'aurais pas dit euh, ne serait-ce que trois secondes pour dire, bien expliquer à la maman, rassurer la maman, à quelqu'un d'autre qui n'était pas dedans, et ça ne nous aurait pas fait perdre de temps, mais peut-être que ça aurait été mieux* ». Ces propos rejoignent ceux de l'IDE et de la PDE 1 où cette dernière évoque « *le souhait d'évoluer* » dans l'optique d'une qualité de soin « *je sais pas comment tourner ça mais évoluer, apprendre de ses erreurs pour essayer de modifier, pas reproduire la même chose.* »

Ici, ces professionnelles utilisent leur récit de vie dans une amélioration de pratique si la situation venait à se reproduire. Ainsi, ces soignantes ajoutent qu'à ce jour, avoir failli au soin est un ressenti d'amélioration de pratique à avoir, un acte à ne pas négliger et une organisation de soin différente à réaliser en cas de situation similaire. En soit, une notion importante du prendre soin telle que vue dans les prémices de mon cadre conceptuel avec W. Hesbeen pour qui faillir au soin se « *présente plutôt comme un atout dès lors que l'on en a la conscience* »¹³⁷.

3. SYNTHÈSE DE L'ANALYSE ET RETOUR SUR LES HYPOTHÈSES

In fine, l'analyse des entretiens des professionnelles nous a démontré une définition du soin aux urgences pédiatriques aux contenus riches et diversifiés. Ainsi, différentes thématiques ont pu être abordées en référence aux auteurs cités dans les prémices de ce mémoire.

Paradoxalement, la technicité est abordée pour la majorité des puéricultrices dans leurs premiers mots définissant le soin aux urgences pédiatriques, or, c'est la communication qui est mise en valeur pour représenter la fonction essentielle du soin. En effet, nous avons vu que

¹³⁶ *Ibid.*, p. 34.

¹³⁷ ARSLAN, S., HESBEEN, W. *Soin(s), perspectives éthiques : des pratiques de soins au prendre soin*. Paris : Séli Arslan, 2015, p. 20.

ces deux versants du soin sont complémentaires lors de la prise en soin aux urgences pédiatriques. Les professionnelles prennent ainsi en compte les besoins de l'enfant et de sa famille, tout en reconnaissant différentes difficultés à la communication, tant d'ordre de la pratique que organisationnelle. En effet, si celle-ci est défaillante, les professionnelles l'évoquent comme un frein à une prise en soin de qualité.

Décrite via ses deux versants, verbale et non-verbale, la communication est qualifiée par les soignantes comme partenaire d'un climat de confiance tant avec l'enfant qu'avec sa famille, et ce, dès l'accueil de ces derniers. Elle se poursuit jusqu'à la sortie du patient et de sa famille, faisant intervenir différents collaborateurs dans le soin permettant la transmission d'informations, la valorisation et la réassurance des parents et de l'enfant, la réalisation de soins et d'actions d'éducation à la santé. Tout cela, dans le souci d'une prise en soin se poursuivant sur le long terme, en faisant intervenir l'intérêt du travail de la puéricultrice et de ses partenaires de soin en établissement extra-hospitalier. À noter, un lien avec la communication et l'expérience professionnelle qui s'est distingué au cœur de l'analyse, plaçant notamment le travail en équipe comme une force au sein de la prise en soin.

Ainsi, grâce à mon enquête, j'en viens à valider mon hypothèse 1 et affirme alors que : **« la communication est l'atout majeur d'une prise en soin holistique de l'enfant et de sa famille lors de la prise en charge aux urgences pédiatriques ».**

Quant à la notion de représentation du soin aux urgences pédiatriques par la puéricultrice, mon enquête réalisée auprès des professionnelles de deux structures au fonctionnement différent a mis en évidence, chez l'ensemble des personnes interrogées, une représentation du soin différente de celle des parents. Cela sous-entend le fait que l'urgence du soin est ressentie différemment chez les parents par rapport aux soignants. Nous avons vu que cela est en lien avec leurs représentations sociales et également avec le contexte socio-économique actuel auxquels sont confrontés les parents. D'autre part, nous avons vu que dans leur représentation du soin, la notion essentielle retenue pour les professionnelles de l'enfance est la communication, et ce, même si la technicité est nommée dans leurs premières descriptions du soin d'urgence.

À ce jour, je réalise alors que l'intitulé de mon hypothèse 2 : « La représentation du soin aux urgences pédiatriques par la puéricultrice est un frein à l'entente de la demande de la famille » reste imprécise. En effet, je n'évoque pas la technicité dans l'énoncé de mon hypothèse, bien que cela est ce que je sous-entendais au départ dans la représentation du soin aux urgences par la professionnelle.

En ce sens, j'en conclus alors qu'à ce stade il m'est impossible de valider cette hypothèse telle que formulée avant mes entretiens. La subtilité de la notion de technicité est de savoir si la puéricultrice du service d'urgences pédiatriques l'évoque comme indispensable dans « les soins » ou dans « le soin », soit ici, dans la prise en soin de l'enfant et de sa famille aux urgences pédiatriques. Là, intervient alors l'analyse du sens du soin qu'attribue la puéricultrice à sa prise en soin de l'enfant et de sa famille, un sens du soin qui peut être en lien avec sa représentation de l'urgence, et pouvant donc différer de celle des parents. Ainsi, cette représentation pourrait alors être qualifiée de frein à la prise en soin holistique de l'enfant et de sa famille.

VII. CONCLUSION

Au final, certains entretiens rappellent les prémices de la mise en place de ce mémoire, où moi-même je me demandais comment contribuer à la réorganisation du système de santé. Mais à l'aube de mon constat et de la mise en place de ma question de recherche, il m'avait fallu un temps de maturation avant de mettre en avant l'importance du travail de la puéricultrice dans le soin. C'est ainsi que derrière ma question de recherche évoquant les représentations des puéricultrices, j'ai compris l'importance « *de mettre plus de soin dans les soins* »¹³⁸, et ce quelles qu'en soient nos représentations.

Ces mois de lectures et de questionnements m'ont permis d'élargir ma vision de soignante auprès de l'enfant et de sa famille. Ainsi, à travers le concept du prendre soin, j'ai pris conscience de la notion du soin face à celle des soins. Mes lectures furent très enrichissantes et me stopper dans l'écriture de ce concept ne fut pas une sinécure...

Quant au travail autour de la triade parents/enfant/soignants, il m'a permis de cibler les besoins de ces acteurs afin d'adapter les soins en fonction de leurs attentes. Ainsi, je me suis souciée du rôle de la puéricultrice qui se situait plutôt dans un premier temps dans l'adaptation de sa prise en soin afin de répondre qualitativement aux besoins des enfants et des familles venant consulter aux urgences pédiatriques.

De ce travail de recherche émane que la prise en soin aux urgences pédiatriques de l'enfant et de sa famille est en lien avec nos valeurs, nos repères normatifs, nos expériences ou encore nos interprétations de situations conflictuelles. Les freins pouvant y être attachés ne

¹³⁸ ARSLAN, S., HESBEEN, W. *Soin(s), perspectives éthiques : des pratiques de soins au prendre soin*. Paris : Séli Arslan, 2015, p. 19.

doivent pas nous faire oublier la notion de bienveillance, avec l'intérêt de donner non seulement du sens à nos soins réalisés mais également de donner du sens à la prise en soin réalisée. Ainsi, réinterroger nos pratiques, telles que des professionnelles l'ont démontré lors de leur entretien, reflète un souci de qualité du soin. Ce travail m'a alors permis à ce jour d'adopter une posture réflexive pour donner du sens au soin, soit ici une perspective soignante au cœur d'un enjeu éthique.

BIBLIOGRAPHIE

OUVRAGES

► Livres :

- ABRIC, J-C. *Pratiques sociales et représentation*. 1ère éd. Paris : PUF, 2011. 252 p. ISBN 978-2-13-059296-9
- ARSLAN, S., HESBEEN, W. *Soin(s), perspectives éthiques : des pratiques de soins au prendre soin*. Paris : Séli Arslan, 2015. 186 p. (Perspective Soignante). ISBN 978-2-84276-212-4
- BOURGEOIS, F., BIOY, A., NEGRE, I. *Communication soignant-soigné, repères et pratiques*. 2ème éd. Paris : Bréal, 2009. 158 p. (Etudiants en IFSI - formations paramédicales) ISBN 978-2-7495-0904-4
- GASSIER, J., SAINT SAUVEUR, C de. *Le guide de la puéricultrice*. 3ème éd. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson, 2007. 1145 p. ISBN 978-2-294-08786-8
- HESBEEN, W. *La qualité du soin infirmier : De la réflexion éthique à une pratique de qualité*. 3ème éd. Paris : Elsevier Masson, 2017. 161 p. ISBN 978-2-294-75411-1
- HESBEEN, W. *Prendre soin à l'hôpital: inscrire le soin infirmier dans une perspective soignante*. Paris: Masson, 2010. 195 p.
- JODELET, D. *Les représentations sociales*. Ed Presses Universitaires de France, 1989. 447 p. ISBN 978-2-13-053765-6. ISSN 0768-0503
- MERKLING, J. *Les fondements de la relation de soin : savoirs essentiels, outils à mobiliser et professionnalisation*. Paris : Séli Arslan, 2017. 206 p. ISBN 978-2-84276-234-6
- MICHAUX, L. *Les mots du prendre soin : définitions, points de veille et questions de réflexion*. Paris : Séli Arslan, 2017. 190 p. ISBN 978-2-84276-229-2
- MOLINER, P., GUIMELLI, C. *Les représentations sociales : fondements théoriques et développements récents*. Ed PUG. Grenoble : 2015. 139 p. (Collection psycho plus, série psychologie sociale dirigée par Nicole Dubois). ISBN 978-2-7061-2211-8
- SELLENET, C. *Les puéricultrices au coeur de l'enfance*. Revigny-sur-ornain : Hommes et perspectives/Martin média, 2002. 299 p. ISBN 978-2-911616-95-2
- QUIVY, R., VAN CAMPENHOUDT, L. *Manuel de recherche en sciences sociales*. 4ème éd. Paris : Dunod, 2011. 262 p. (collection psycho plus). ISBN 978-2-10-056301-2
- THIBAUT WANQUET, P. *Les aidants naturels auprès de l'enfant à l'hôpital*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson, 2008. 155 p. ISBN 978-2-294-70221-1

► **Livres électroniques :**

- DUBOYS FRESNEY, C., PERRIN, G. *Le métier d'infirmière en France : Chapitre III. Reconnaissance de la discipline des soins infirmiers*. Paris : Presses Universitaires de France, 2017. p. 101-125. 128p. (Que sais-je ?). ISBN : 9782130798439. Disponible sur URL : <https://www-cairn-info-s.bibliopam.univ-catholille.fr/le-metier-d-infirmiere-en-france--9782130798439.htm>.
- FORMARIER, M., LJILJANA, J. *Les concepts en sciences infirmières*. Association de recherche en soins infirmiers (ARSI). 2ème éd, 2012. 328 p. (Hors collection). ISBN : 9782953331134. Disponible sur URL : <https://www.cairn.info/concepts-en-sciences-infirmieres-2eme-edition--9782953331134.htm>. DOI : 10.3917/arsiforma.2012.01.
- COMPAGNON, C., GHADI, V. *La maltraitance « ordinaire » dans les établissements de santé. Étude sur la base de témoignages*. 2009. Format PDF. Disponible sur : URL https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-01/rapport_ghadi_compagnon_2009.pdf.
- MAESTRACCI, M. Afflux des nouveau-nés aux urgences : un constat d'échec de la maternité. *Parentalité, vous avez dit « fragile » ?*, Les Dossiers de Spirale , Toulouse, Eres, 2009, p.25-26. Disponible sur URL : <https://www.cairn.info/parentalite-vous-avez-dit-fragile--9782749210834-page-25.htm>. DOI : 10.3917/eres.galti.2009.01.0025.

ARTICLES

► **Revue :**

- COLSON, S., BRAULT, F., JEANNIN, M et al. Dossier : l'exercice ambulatoire en pédiatrie. *Cahiers de la puéricultrice*, 2017, n° 306, p. 11-27.
- DOUALLY, Y., MERCIER, J-C., AUREL, M et al. Dossier : les défis des urgences pédiatriques. *Soins pédiatrie-puériculture*, 2010, n° 252, p. 15-35.
- SVANDRA, P. Nature et forme du soin, pour une approche par l'agir compassionnel. *Ethique & Santé*, 2005, vol 2, n° 3, p. 125-129.

► **Articles électroniques :**

- ARMENGAUD, D. Le quiproquo des urgences pédiatriques. *Enfances & Psy*, 2002, n° 18, p. 10-16. Disponible sur URL : <https://www.cairn.info/revue-enfances-et-psy-2002-2-page-10.htm>. DOI : <https://doi.org/10.3917/ep.018.0010>.
- BATIFOULIER, P., DOMIN, J-P., GADREAU, M. Mutation du patient et construction d'un marché de la santé. L'expérience française. *Revue Française de Socio-Économie*, 2008 , n° 1, p. 27-46. Disponible sur URL : <https://www.cairn.info/revue-francaise-de-socio-economie-2008-1-page-27.htm>. DOI : <https://doi.org/10.3917/rfse.001.0027>
- BENOIT, J., BERDAH, L., CARLIER-GONOD, A et al. L'éthique dans les services d'accueil des urgences pédiatriques : accès aux soins, communication et confidentialité. *Journal Européen des Urgences et de Réanimation*, 2015, vol 27, n° 4, p.224-231. Disponible sur <https://doi.org/10.1016/j.jeurea.2015.10.009>.
- CHERON, G. Urgences pédiatriques : évolution de la demande de soins. *Spirale*, 2013, n° 65, p. 146-148. Disponible sur : URL <http://www.cairn.info/revue-spirale-2013-1-page-146.htm>. DOI : 10.3917/spi.065.0146.
- CLAUDET, I., JOLY-PEDESPAN, L. Consultations de routine aux urgences : faut-il gérer ou lutter ? *Archives de Pédiatrie*, 2008, vol 15, n° 12, p.1733-1738. Disponible sur <https://doi.org/10.1016/j.arcped.2008.09.025>.
- DEPARIS, C. Attente aux urgences pédiatriques, l'exemple suisse. *Cahiers de la Puéricultrice*, 2017, vol 54, n° 305, p.1. Disponible sur <https://doi.org/10.1016/j.cahpu.2017.01.008>.
- DUVERGER, P., TOGORA, A., AVARELLO, G et al. L'accueil de l'enfant et de l'adolescent en situation de crise à l'hôpital. *Cahiers de la puéricultrice*, 2007, n° 210 p.8-13. Disponible sur : https://www-em--premium-com.bibliopam.univ-catholille.fr/showarticlefile/169824/007-007_CP210.pdf.
- FAVETTA, V., FEUILLEBOIS-MARTINEZ, B. Prendre soin et formation infirmière. *Recherche en soins infirmiers*, 2011, n° 107, p.60-75. (consulté le 3 mai 2018). Disponible sur URL : <https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2011-4-page-60.htm>. DOI : <https://doi.org/10.3917/rsi.107.0060>
- FORMARIER, M. La relation de soin, concepts et finalités . *Recherche en soins infirmiers*, 2007, n° 2, p.33-42. Disponible sur URL : <https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2007-2-page-33.htm>. DOI : <https://doi.org/10.3917/rsi.089.0033>.

- GODART, E. La sincérité dans les soins. *Soins psychiatrie*, 2012, vol 33, n° 279, p. 21-24. Disponible sur: <https://www-em--premium-com.bibliopam.univ-catholille.fr/article/707726/resultatrecherche/2>.
- HERNANDORENA, X. Urgences pédiatriques débordées : que faire des fausses urgences ? *Spirale*, 2013, n° 65, p.158-162. Disponible sur : URL <http://www.cairn.info/revue-spirale-2013-1-page-158.htm>. DOI : 10.3917/spi.065.0158.
- MAUGEIN, L., LAMBERT, M., RICHER, O et al. Consultations itératives aux urgences pédiatriques. *Archives de Pédiatrie*, 2011, vol 18, n° 2, p.128–134. Disponible sur <https://doi.org/10.1016/j.arcped.2010.11.012>.
- MERCIER, J-C. Organisation des urgences pédiatriques en Île-de-France. *Cahiers de la Puéricultrice*, 2014, vol 51, n° 281, p.12–15. Disponible sur <https://doi.org/10.1016/j.cahpu.2014.09.002>.
- PARMENTIER, D., GUIGNARD, C., SMAIL, A. La consultation de puéricultrice aux urgences pédiatriques. *Cahiers de la Puéricultrice*, 2014, vol 51, n° 281, p.21–25. Disponible sur <https://doi.org/10.1016/j.cahpu.2014.09.004>.
- PERRET, S., GEHRI, M., PLUIES, J et al. Familles fréquentant un service d'accueil des urgences pédiatriques : expérience, satisfaction et besoins. *Archives de Pédiatrie*, 2017, vol 24, n° 10, p.960–968. Disponible sur <https://doi.org/10.1016/j.arcped.2017.08.006>.
- STAGNARA, J., VERMONT, J., DUQUESNE, A et al. Urgences pédiatriques et consultations non programmées — enquête auprès de l'ensemble du système de soins de l'agglomération lyonnaise. *Archives de Pédiatrie*, 2004, vol 11, n° 2, p.108–114. Disponible sur URL : <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0929693X03006353?via%3Dihub>. DOI : <https://doi.org/10.1016/j.arcped.2003.11.006>.

TEXTES LÉGISLATIFS

- MINISTÈRE DE LA SANTÉ, DE LA FAMILLE ET DES PERSONNES HANDICAPÉES. Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins. Sous-direction de l'organisation du système de soins. *Circulaire DHOS/SDO n° 2003-238 du 20 mai 2003 relative à la prise en charge de l'enfant et de l'adolescent aux urgences*. Bulletin Officiel n°2003-26. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2003/03-26/a0261837.htm>.

- ASSOCIATIONS EUROPÉENNES. *Charte de l'enfant hospitalisé*. Pays-Bas à LEIDEN, 1988, 1 p. Disponible sur : URL : http://droitsdesmalades.fr/wp-content/uploads/2011/04/1988_charte-de-l-enfant-hospitalise.pdf.
- *Décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux parties IV et V (dispositions réglementaires) du code de la santé publique et modifiant certaines dispositions de ce code*. JORF, n°183 du 8 août 2004, page 37087, texte n° 37086. Article R4311-13. Code de la santé publique. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006913901&dateTexte=>.

SITES INTERNET

- ASSOCIATION NATIONALE DES PUÉRICULTRICES(TEURS) DIPLÔMÉ(E)S ET DES ÉTUDIANTS. *74% des puériculteurs hospitaliers considèrent que leurs compétences ne sont pas reconnues*. Interview Hospimedia ANPDE, 2018. Disponible sur : <https://www.anpde.asso.fr/actu/2018/6/21/interview-hospimedia-anpde-74-des-puriculteurs-hospitaliers-considrent-que-leurs-comptences-ne-sont-pas-reconnues>.
- ASSOCIATION SPARADRAP : GALLAND, F., BLIDI, M., HERRENSCHMIDT, S. La présence des proches. Mise à jour septembre 2018. Disponible sur <https://www.sparadrapp.org>.
- BAZIN, H. Conseil et formation, Citations. 2018. Consulté le 23 mars 2018. Disponible sur : <http://www.bazin-conseil.fr/pensees.html>.
- COMPAGNON, C., GHADI, V. La maltraitance « ordinaire » dans les établissements de santé. Etude sur la base de témoignages. Haute Autorité de Santé, 2009, 97 p. Disponible sur : URL : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-01/rapport_ghadi_compagnon_2009.pdf.
- HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ. Enjeux et spécificités de la prise en charge des enfants et des adolescents en établissement de santé. Certification V2010, 2011, 43 p. Disponible sur : URL https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-02/20120213_guide_pec_enfant_ado.pdf.
- MERCIER, J-C. L'apport majeur d'une consultation rapide ("fast track") aux urgences pédiatriques. Daté de septembre 2017, consulté en février 2018, p.1-15. Disponible sur : http://cme.aphp.fr/sites/default/files/CME_Doc/consultationrapideauxurgencespediatriques_jcmercier.pdf

PROFESSIONNELS RESSOURCES :

- CATRICE, N., LAUGEL, C. Commission mémoire ; présentation et régulation / méthodologie. Janvier 2018.
- DESHAYES, M., GYSELYNCK, V. Présentation de la recherche bibliographique.
- LAUGEL, C., formateurs référents et collègues de promotion lors des guidances collectives. Février, juin et septembre 2018.
- LECLERCQ, M. La Méthodologie d'enquête en sciences sociales. Février 2018.
- LECLERCQ, M. Analyse des enquêtes. Juin 2018.
- Mme FROCHISSE. Représentation de la maladie pendant l'hospitalisation. Septembre 2018.
- Mr ROUTIER. Méthodologie de recherche. Janvier 2018.
- PELISSIER, M-F. Les neurosciences. Apprendre à apprendre. Mars 2018.

ANNEXE I : LA GRILLE D'ENTRETIEN

1 : Pouvez-vous s'il vous plaît vous présenter ? (Année de diplôme, expérience professionnelle, ancienneté dans le service)

Objectif : Instaurer un premier dialogue, mieux connaître les personnes interrogées dans un premier temps et ainsi les mettre en confiance ; mais aussi d'avoir une idée de l'expérience des soignantes.

2 : a) Comment pouvez-vous définir la notion du soin aux urgences pédiatriques ?

Objectif : Obtenir la représentation du soin aux urgences pédiatriques de la puéricultrice.

Cette question permet d'évoquer éventuellement la technicité et/ou l'approche relationnelle et la communication.

b) Qu'est-ce qui vous semble essentiel dans le soin ?

Objectif : permet une relance ou d'apporter plus de détails éventuels par rapport à la notion du soin évoquée.

3 : Pourriez-vous me définir la notion de communication ?

Objectif : voir si celle-ci est plutôt d'ordre théorique et/ou si elle se retrouve dans l'analyse de la question suivante, c'est à dire au cours de leur prise en soin.

Relance: Oui, Et alors, c'est à dire

4 : Pouvez-vous me raconter une situation issue de votre pratique sur la prise en soin d'une famille dès leur arrivée dans votre service ?

Objectif : souhait d'entendre des soignantes le récit d'une prise en soin afin d'en faire ressortir ce qui pour elles peut être important pour répondre aux besoins des familles ou au contraire ce qui peut être un frein à la qualité de la prise en soin.

Relance : Avez-vous quelque chose à ajouter ?

5 : a) Rencontrez-vous des difficultés dans le prendre soin aux urgences ?

b) Lesquelles ?

c) Qu'est-ce que cela génère pour vous ?

Objectifs : pour clôturer cette grille d'entretien, vient la question en relation avec les difficultés ressenties des professionnels à la prise en soin aux urgences, pouvant ici aussi mettre en avant les freins à une prise en soin adaptée aux besoins des familles. A ces difficultés éventuellement ressenties, je cherche également à savoir l'impact que cela peut générer sur les soignants.

ANNEXE II : LA RETRANSCRIPTION DE L'ENTRETIEN DE LA PDE 4

Durée : 20 minutes, 28sec. Le 29 Août 2018.

Moi : Pouvez-vous s'il vous plaît vous présenter ? année de diplôme, expérience professionnelle, ancienneté dans le service...

PDE 4 : Alors euh donc je m'appelle —

Donc je suis infirmière puéricultrice j'ai été diplômée Infirmière en 2000... euh attend que je ne dise pas de bêtise juillet 2013 j'ai fait l'année de puéricultrice en 2014. Tout de suite, je n'ai pas travaillé entre le diplôme infirmier et le diplôme puéricultrice. Enfin, j'ai travaillé en tant qu'infirmière en pneumologie et en cardiologie... des petits remplacements comme ça. Après, je fais l' école de puéricultrice en 2014, j'ai été diplômée en décembre 2014 voilà euh... À la suite de mon diplôme en 2014 j'ai travaillé 6 mois dans un service de rééducation et réhabilitation pédiatrique en région parisienne avec des enfants âgés de 0 à 6 ans surtout de la rééducation digestive et respiratoire. Donc il y avait vraiment de tout... des enfants trachéotomisés, ventilés porteurs de cathéters centraux donc là c'était vraiment un lieu de vie des soins vraiment très très très chroniques voilà et après je suis arrivée ici il y a 3 ans en mai 2015.

Moi : D'accord donc 3 ans d'expérience ici dans le service. Très bien. Alors pouvez-vous... Comment pouvez-vous me définir la notion du soin aux urgences pédiatriques?

PDE 4 : Alors euh.. le soin aux urgences pédiatriques... elle est vraiment multiple enfin je pense qu'il n'y a pas qu'un type de soin il y en a beaucoup qui vont croire que... que le soin aux urgences pédiatriques c'est très technique donc ça va être des soins très aigus euh... et à un instant T euh... Donc il y a de ça du coup tout. Il y a vraiment beaucoup de soins qu'on va faire... Il y a des soins qu'on va faire euh... 1 fois dans l'année.. euh, il y a des soins qu'on va faire 5 fois dans la journée. Des soins vraiment basiques, très classiques, très simples et il y a des soins un peu plus techniques... et après donc euh et il y a des soins donc euh et des soins techniques comme je disais et il y a beaucoup de relationnel. Un truc en fait au début quand je suis arrivée je ne voulais pas travailler aux urgences pédiatriques. Donc pendant toutes mes études je me suis toujours dit pas les urgences, pas les urgences et ça c'est vraiment quelque chose que j'ai découvert au fur et à mesure. Et je trouve qu'il y a quand même pas mal de relationnel et c'est ce qui me fait aimer quand même

ce service c'est qu'il y a quand même déjà donc quand on accueille la famille et l'enfant pour les rassurer. Parfois, ils arrivent dans un tel état d'inquiétude, ils ne sont pas du tout rationnels et même si c'est à notre... à nos yeux pas très grave pour eux ça l'est. Essayer de les rassurer ou alors euh des parents qui viennent euh parce qu'ils connaissent pas... leur premier enfant ou parce que c'est pas dans leurs habitudes.. enfin... en France on est quand même très mauvais en promotion de la santé donc euh... Donc euh parfois à son échelle on essaie quand même de faire un peu de promotion de la santé donc ça j'aime bien surtout quand c'est des nouveaux nés des primipares ou des enfants... enfin, des familles avec qui le premier y a pas eu de souci particulier puis l'allaitement des... des RGO, des coliques où on peut donner nos petits conseils ça j'aime bien. Un peu plus comme des consultations de PMI ou des trucs comme ça voilà. Euh... Après le soin aux urgences pédiatriques...

Moi : Vous parliez de soins basiques tout à l'heure ?

PDE 4 : Les soins basiques seraient plus la pose d'urinocols, la p'tite désinfection de plaies euh... Après c'est comme je te dis euh. c'est euh.. le geste euh en lui-même c'est basique après autour il y a quand même euh, rassurer les patients, rassurer l'enfant expliquer euh... Donc, je trouve... c'est ça moi c'est ce que j'aime bien je trouve qu'il n'y a pas que un type de soins où tu accueilles l'enfant, tu l'installes, tu fais sa prise de sang, euh... non il y a quand même autour beaucoup de choses qui gravitent

Moi : D'accord, donc pour vous, pour résumer l'essentiel dans le soin ?

PDE 4 : L'essentiel dans le soin je dirais quand même le soin relationnel, l'essentiel.

Moi : D'accord. Et maintenant, est-ce que vous pouvez me définir la notion de communication ?

PDE 4 : Hou... ça c'est hyper large euh .

Moi : Oui c'est large. En ciblant aux urgences pédiatriques.

PDE 4 : Aux urgences pédiatriques ben alors ce serait déjà l'information euh... Ça on est très mauvais. Rires

Moi : Et pourquoi vous dites « qu'on est très mauvais » ? (sourires)

PDE 4 : Ben euh... euh... Je trouve qu'on est pas bon quand... euh... Euh... bon ça on le fait tous quand l'enfant arrive on leur explique comment ça va fonctionner ça souvent ça les rassure. On est mauvais parce qu'on a aucune notion de temps, donc ça les parents ça les stresse, les enfants ça les stresse ils ne savent pas ce qu'ils attendent combien de temps ils attendent. On est très mauvais parce que quand on a des résultats il y a beaucoup de patients qu'on gère en même temps alors là je parle nous c'est l'équipe médicale et paramédicale pas que infirmier mais aussi médecin ou euh... en fait on .. la limite est enfin quand même assez..... C'est nous qui faisons la prise de sang c'est nous qui regardons si on a le résultat c'est pas nous qui interprète enfin si on le fait quand même mais dans les textes c'est quand même le médecin qui interprète le résultat et du coup euh.. on se doit quand même d'être au courant et de prévenir la famille mais en même temps c'est au médecin d'informer. sauf que les médecins suivent quand même beaucoup beaucoup de patients en même temps du coup parfois ils vont que 3 heures plus tard pour leur annoncer le résultat alors que les parents ils n'attendent qu'une chose c'est leur résultats euh et ils en ont rien à faire de savoir que celui d'à côté il attend donc ça je trouve que dans la communication aux urgences pédiatriques on pourrait être meilleur dans l'information et après, dans la communication ... alors attends tu veux une définition de la communication c'est pas évident ça hein.

Moi : Oui voilà, et comment l'employez-vous par exemple aux urgences par rapport à l'accueil des familles ?

PDE4 : Ben voilà c'est surtout l'information et euh euh... Je trouve que c'est en expliquant et en informant qu'ils sont souvent un petit peu plus rassurés et qu'ils savent un peu ce qu'il va se passer et euh... Et aussi je trouve qu'en étant... euh, voilà quand on leur montre que nous on est zen enfin on sait ce qu'on fait... Ils se détendent ils savent où ils sont tombés euh... Si on est voilà si on est à l'aise on leur parle de tout de rien qu'on essaie de leur faire penser... qu'on essaie de parler à l'enfant en lui faisant penser à autre chose souvent ça se passe bien.

Moi : D'accord.

PDE 4 : Voilà et qu'on soit aussi... on essaie d'avoir toujours le même interlocuteur bon quand on change de poste c'est pas possible donc on transmet à notre collègue. Mais parfois quand on... on

est occupé avec beaucoup d'enfants, on peut pas toujours suivre le même si je suis en train de faire euh... une entrée pendant que le médecin dit bon ben faut faire un bilan et que c'est assez urgent et ben il va demander à ma collègue et c'est ma collègue qui va y aller ça on évite quand même on aime bien suivre le même patient parce que pour le patient pour les pour les pour les patients et la famille c'est quand même déjà plus agréable d'avoir le même visage de repérer qui s'occupe d'eux et aussi parce qu'on a au moins on a le même discours parce que voilà on on on a tout on a toutes nos manières d'expliquer, toutes nos manières de faire et aussi de euh euh... Enfin je sais pas d'une personne d'une personne à une autre, l'allaitement par exemple, chacun va voir ces petits conseils, untel va dire ça donc euh.. c'est quand même voilà... (rires)

Moi : D'accord. D'autres choses à ajouter concernant la communication ?

PDE 4 : Euh, non., je pense avoir fait le tour.

Moi : D'accord, alors, est-ce que vous pouvez maintenant m'expliquer, me raconter une situation vécue de votre pratique, une sorte un peu de récit de vie pour voir un peu la prise en soin d'une famille dès leur arrivée dans le service ?

PDE 4 : Euh... en général, ou juste une situation ?

Moi : Ça peut... Si vous arrivez à dire une situation, ça peut... pour dire d'avoir juste une situation plus concrète. Sinon, voilà votre façon... votre pratique...

PDE 4 : Euh... ça fait une semaine que j'ai pas travaillé. (sourires)

Moi : Un enfant que vous accueillez avec ses parents... voilà. Comment vous procédez dans vos... dans votre prendre soin.

PDE 4 : J'essaie de penser à des patients qui m'ont marqué ou... alors euh... J'en ai une ! Alors moi j'aime beaucoup travailler en binôme donc quand on peut alors on essaie alors maintenant on fait toutes les entrées dans la salle d'orientation je ne sais pas si les filles te l'ont dit ; on ne fait plus les entrées au fur et à mesure dans les box. On voit tout le monde dans la salle d'orientation et on installe après. Et du coup c'est plus simple on est souvent une auxiliaire une infirmière ou

puéricultrice ou deux infirmières puéricultrices en même temps. Moi je sais que je travaille très souvent... on travaille très souvent avec les mêmes personnes on a deux binômes. Donc là je travaille beaucoup avec XX et on fonctionne très bien parce qu'on a un peu le même type de fonctionnement et on aime enfin on aime toutes les deux enfin c'est pas qu'on aime bien mais je sais qu'on fait un peu plus attention quand c'est des premiers enfants, des nouveaux parents chez un nouveau-né donc on accueille donc déjà euh... moi je trouve c'est super important c'est « Bonjour » avec un grand sourire euh euh... souvent les parents arrivent déjà assez stressés. Donc ça, c'était pendant une nuit euh... Et il arrive un peu en panique et les nouveau-nés souvent on leur dit enfin déjà on regarde comment va l'enfant la coloration enfin surtout chez les petits c'est la coloration les signes de lutte... donc euh... bon là il était pas emmitoufflé, c'était en été donc on voyait assez bien son thorax donc on regarde si il n'a pas une respiration trop lente ou trop rapide les signes de lutte tout ça et on juge si on peut laisser dans sa poussette et son cosy et on leur dit « là, vous ne le sortez pas » et on prend déjà le temps d'écouter ce qu'ils nous racontent pourquoi ils viennent alors on devrait mais on le fait pas assez souvent on se présente pas. On... parfois on dit « on est les puéricultrices », mais on va pas dire « je suis XX puéricultrice » enfin ça on ne le fait pas et voilà. Ils nous racontent « patati patata. » Nous ce qu'on aime bien avec X c'est que c'est qu'on va vraiment dans les détails parce que surtout dans... chez les enfants tu as quand même une grande part de... l'environnement de l'enfant est hyper important donc euh. Même pour euh... enfin là je dévie de la situation, mais même pour une douleur abdominale, on aime bien savoir donc dans quelle classe il est. Alors ça, c'est quand on a le temps quand on n'a pas le temps j'avoue qu'on le fait moins.

Donc là il était petit donc on demande voilà euh. Donc, il venait pour des pleurs incoercibles voilà et euh il était vraiment des parents hyper attentionnés et donc on a commencé aussi, on parlait de tout et de rien et puis la maman elle galérait avec la poussette. Donc on a parlé de la poussette parce que la poussette euh... ma binôme à l'époque était enceinte et elle cherchait la poussette elle demandait à tous les parents et tout vous avez une poussette tout ça et souvent quand on parle un peu en fait d' autre chose que la pathologie avec les parents et bien ça les... ils se sentent un peu en confiance enfin ça c'est quand ils vont bien parce que quand c'est de l'urgence on va pas demander la marque de la poussette et tout ça. Mais voyez mettre une petite relation entre nous euh.. dire vous pouvez nous parler de tout et de rien nous on est cool enfin on va pas vous juger on va pas vous vous gronder parce que vous venez à 4h du mat' parce qu'un enfant d'un mois pleure euh... donc voilà euh. Donc après on va sortir l'enfant on laisse les parents faire souvent le déshabiller, mettre l'enfant sur la balance voilà et souvent ce qu'on fait, c'est qu'y en a une qui écrit et l'autre qui pose

des questions euh. Enfin ça c'est assez rare ça dépend avec qui on travaille moi je sais que il y a des auxiliaires où elles vont sauter sur l'enfant et moi je vais poser les questions elles vont faire d'autres trucs en même temps les parents ils peuvent pas et déshabiller leur enfant et répondre à quelqu'un c'est un peu compliqué parce qu'un enfant ça ne se déshabille pas euh. Enfin faut être quand même vachement vigilant. Donc euh... voilà, on essaie de ne pas parler en même temps de ne pas faire 10000 choses en même temps sur l'enfant voilà. (Rires)

Moi : D'accord. Et pour terminer, est-ce que vous rencontrez des difficultés dans le prendre soin aux urgences pédiatriques ?

PDE4 : Euh. C'est hyper large aussi ça. Des difficultés oui. Il y a des parents ils savent qu'ils viennent pour rien. On essaie de leur expliquer il s'en fiche ils reviendront parce que parce que ils ont pas le courage d'attendre un rendez-vous chez le médecin ils ont pas les sous d'avance et les sous chez un médecin quand par exemple en Maison Médicale il faut quand même avancer les sous euh. Pour diverses raisons. Et quand on leur explique ils sont bornés. Pour eux en gros on leur dit que... Enfin.. on leur dit en fait qu'il n'aurait pas dû venir en leur expliquant mais maintenant c'est tout que maintenant que vous êtes là voilà... et ils le prennent mal... ils pensent qu'on leur dit « on veut pas de vous » alors que ce n'est pas qu'on veut pas d'eux c'est juste que on veut leur expliquer que la prochaine fois il faudrait faire autrement. Donc je trouve là que c'est assez difficile d'être assez diplomate puis parfois la fatigue quand c'est le 20ème de la journée qui vient pour rien je pense que dans notre voix inconsciemment dans notre communication non verbale on va avoir des petites mimiques qui montre que on est un peu embêté et que ça commence à bien faire. Après d'autres problèmes euh... Ben il y a certaines personnes c'est pas un jugement de valeur quand je dis ça mais il y a certaines personnes et on a beau leur expliquer ils ne comprennent pas où ils ne veulent pas comprendre où ils n'entendent pas et du coup comme je te disais la dernière fois... enfin tout à l'heure c'est quand même beaucoup par l'information et par les explications qu'on arrive à les faire à leur expliquer à les calmer, leur inquiétude et tout. Parfois ils ne veulent pas entendre ils sont tellement dans leur inquiétude et dans leur stress qu'on a beau leur expliquer qu'ils s'énervent encore plus parce que de toute manière on a tort on veut parler on veut parler alors que ils veulent qu'on agisse qu'on agisse qu'on agisse sauf que les urgences c'est pas on arrive et hop on a un diagnostic on a un soin enfin il y a quand même toute une procédure derrière et ça on a beau essayer de leur expliquer on se dit que enfin c'est pas nous qui allons faire une promotion nationale sur ce que sont les urgences comment ça fonctionne on essaie de le faire nous ici parce que c'est quand même une

population qui vient souvent on revoit quand même souvent les mêmes on essaie de leur dire souvent la prochaine fois on fait comme ça ou ben ça vous savez ça ne fonctionne pas comme ça en fait vous arrivez d'abord vous nous voyez après vous voyez d'abord un interne, après un médecin. Enfin il y a quand même beaucoup de ou alors moi la dernière fois je disais « vous savez madame ici c'est un hôpital universitaire. » « Ah bon? » Je dis « ben oui c'est un hôpital universitaire donc là vous avez... » parce qu'elle râlait parce qu'elle avait vu un externe et qu'elle n'avait toujours pas vu de vrai médecin elle disait. Je dis « madame c'est un hôpital universitaire si vous ne voulez pas d'étudiant vous n'allez pas dans un hôpital universitaire. C'est comme ça que l'on forme les médecins euh.. si vous n'êtes pas d'accord avec ça il ne faut pas venir dans les hôpitaux comme ça. » « Ah bon d'accord » euh... il y a plein de choses qui ne sont pas au courant c'est la médecine c'est quand même c'est un cycle de formation. C'est quelque chose de hyper à part, moi je trouve. Enfin moi j'ai fait des études de médecine euh.. et euh... J'ai des amis qui ont fait médecine et des amis qui ont fait d'autres études commerce euh... ingénieur euh... enfin d'autres métiers artisanat et tous, ils le disent tous tes amis de médecine c'est un , ... tout le monde est un peu dans sa bulle c'est quelque chose qui enfin en France on est hyper en retard il y a des gens ils ne savent pas ils débarquent ils ne sont pas au courant de ce qui ce fait de ce qui existe. et donc du coup avec leur représentation à eux ils pensent que ils vont arriver hop hop hop tout sera fait alors que non... Parce que les séries télévisées les films même les séries enfin les.. ils pensent.. enfin les médias pensent aider le personnel en disant ça mais quand on voit 24 heures aux urgences de euh.. 24 heures avec les pompiers c'est que des trucs de ouf ben non enfin... En fait les gens ils attendent pour avoir une prise de sang les gens ils attendent pour voir un dermatologue à 23h un dimanche c'est pas possible euh. (Rires.) Des choses basiques qui pour nous nous semblent évidentes. Alors parfois on peut avoir cette réaction qui dit ben vous venez pour ça maintenant. Les gens ils vont dire ah ben oui pourquoi euh... Ils savent pas en fait. C'est des choses qui nous paraissent évidentes mais pour eux pas du tout. Alors il y en a qu'ils entendent très bien, ils disent « ah bon ben d'accord on n'était pas au courant » et il y en a c'est « ah qu'est-ce que vous êtes en train de dire je n'aurai pas dû venir vous voulez pas me soigner. » « Pas du tout, c'est pas ça madame. » (Rires.) Nous on veut que le bien de leur enfant. En tout cas c'est un peu compliqué je pense. La non connaissance des gens je pense qu'il faudrait quand même faire une petite éducation primaire, la prévention primaire qui serait quand même très bien mais bon ça... le jour où ça arrivera. Et après euh... dans les soins... Non ben après ce n'est pas de l'agressivité mais ça découle souvent des gens qui sont tellement stressés qu'ils n'écoutent pas ce qu'on leur dit... Tout à l'heure je voulais te redire un truc mais je ne m'en souviens plus...

Moi : A quel niveau ?

PDE 4 : Au tout début. Le soin aux urgences...

Moi : La notion du soins aux urgences pédiatriques oui... ce qui vous semble essentiel dans le soin...

PDE 4 : Ouais... Non je ne m'en souviens plus... Non, je n'm'en souviens plus. voilà.

Moi : Et bien c'est tout de même déjà intéressant tout cela, merci beaucoup.

PDE : Une autre question ou pas ?

Moi : C'était la dernière. Merci beaucoup