

Université de Montréal

**Le processus décisionnel du parent face  
à la consultation à l'urgence pédiatrique**

par  
Androniki Tsoybariotis

Faculté des sciences infirmières

Mémoire présenté à la Faculté des études supérieures  
en vue de l'obtention du grade de  
Maîtrise en sciences infirmières

23 septembre 2005

© Androniki Tsoybariotis, 2005



WY

5

U58

2006

V.001

**Direction des bibliothèques**

**AVIS**

L'auteur a autorisé l'Université de Montréal à reproduire et diffuser, en totalité ou en partie, par quelque moyen que ce soit et sur quelque support que ce soit, et exclusivement à des fins non lucratives d'enseignement et de recherche, des copies de ce mémoire ou de cette thèse.

L'auteur et les coauteurs le cas échéant conservent la propriété du droit d'auteur et des droits moraux qui protègent ce document. Ni la thèse ou le mémoire, ni des extraits substantiels de ce document, ne doivent être imprimés ou autrement reproduits sans l'autorisation de l'auteur.

Afin de se conformer à la Loi canadienne sur la protection des renseignements personnels, quelques formulaires secondaires, coordonnées ou signatures intégrées au texte ont pu être enlevés de ce document. Bien que cela ait pu affecter la pagination, il n'y a aucun contenu manquant.

**NOTICE**

The author of this thesis or dissertation has granted a nonexclusive license allowing Université de Montréal to reproduce and publish the document, in part or in whole, and in any format, solely for noncommercial educational and research purposes.

The author and co-authors if applicable retain copyright ownership and moral rights in this document. Neither the whole thesis or dissertation, nor substantial extracts from it, may be printed or otherwise reproduced without the author's permission.

In compliance with the Canadian Privacy Act some supporting forms, contact information or signatures may have been removed from the document. While this may affect the document page count, it does not represent any loss of content from the document.

Université de Montréal  
Faculté des études supérieures

Ce mémoire intitulé :

**Le processus décisionnel du parent face  
à la consultation à l'urgence pédiatrique**

présenté par :

Androniki Tsoybariotis

a été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Madame Fabie Duhamel, Ph.D.  
Présidente-rapporteuse

Madame Sylvie Gendron, Ph.D.  
Directrice de recherche

Madame Andréa M. Laizner, Ph.D.  
Codirectrice

Madame Nicole Cyr, M.Sc.inf.  
Membre du jury

Les statistiques indiquent que la moitié des consultations dans les services d'urgence pédiatriques sont considérées non urgentes et ceci suscite des interrogations auprès des infirmières. Bien que les études aient identifié des facteurs explicatifs de ce phénomène, peu ont documenté les processus décisionnels des parents qui consultent à l'urgence. Ce projet vise à décrire le processus décisionnel des parents quant à la consultation à l'urgence pédiatrique pour une problématique de santé jugée non urgente afin de soutenir les interventions infirmières au triage.

Un devis de recherche qualitative exploratoire a été utilisé. Des entrevues semi-structurées ont eu lieu auprès de parents recrutés à l'urgence. L'analyse des données a procédé par processus itératif de codification, de catégorisation et de mise en relation des thèmes.

Les résultats suggèrent que tous les parents prennent le temps d'évaluer la situation et les alternatives avant de se présenter à l'urgence avec leur enfant. Deux groupes de parents se rendent à l'urgence : ceux qui ont préalablement consulté d'autres ressources et ceux qui se rendent directement. Leur parcours d'utilisation des services d'urgence est modulé par leur : perception du degré de gravité de la situation, perception de contrôle sur les événements, perception de l'adéquation des ressources qui les entourent et les attentes face aux services d'urgence.

Le modèle suggère que les infirmières peuvent intervenir auprès des parents dès l'étape de triage pour les accompagner dans la situation de santé et pour favoriser un apprentissage afin d'éclairer davantage le processus décisionnel des parents dans le futur.

Mots clés : prise de décision parentale, utilisation des services d'urgence pédiatrique, modèle de processus décisionnel, perceptions parentales

Statistics indicate that half of the visits in paediatric emergency departments are considered non urgent. Even though studies have identified factors explaining the phenomenon, few have documented the decision-making process used by parents who consult emergency services. This project describes the decision-making process of parents who consulted a paediatric emergency for a non urgent health problem in order to assist nurses at triage.

Using a qualitative exploratory approach, semi-structured interviews were conducted with parents recruited in an emergency department. Data was analyzed using an iterative process of coding, categorizing and relating themes as they emerged.

The findings suggest that all parents take time to evaluate and consider their alternatives before going to an emergency department with their child. However, two patterns were found: one group of parents consulted elsewhere first, while the others went directly to an emergency department. The main themes influencing the decision process and course of action are: perceived severity of the situation, perceived control over the events, perceived appropriateness of the usual network of resources and expectations with regards to emergency services.

The model suggests that nurses could assist parents at the point of triage by addressing the above perceptions and expectations in order to promote learning around the current health situation and facilitate their decisional process in the future.

Keywords: parental decision-making, pediatric emergency utilization, model of the decision-making process, parental perceptions

# TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ EN FRANÇAIS .....	ii
RÉSUMÉ EN ANGLAIS.....	iii
LISTE DES TABLEAUX.....	viii
LISTE DES FIGURES.....	ix
LISTE DES SIGLES ET DES ABRÉVIATIONS.....	x
CHAPITRE PREMIER - PROBLÉMATIQUE.....	1
But et pertinence de l'étude .....	7
CHAPITRE DEUXIÈME - CADRE DE RÉFÉRENCE : LE MODÈLE DE MCGILL.....	9
CHAPITRE TROISIÈME - RECENSION DES ÉCRITS.....	13
L'utilisation des services d'urgence.....	14
Les facteurs reliés à l'utilisation des services d'urgence .....	14
L'accessibilité aux services de première ligne.....	19
Les connaissances quant au recours adéquat aux services d'urgence.....	22
La perspective des utilisateurs des services d'urgence .....	25
La perspective parentale dans le choix de consultation à l'urgence .....	28
Le processus décisionnel des parents face aux soins de leurs enfants .....	31
Le processus décisionnel des parents face à des situations de soins critiques .....	32
Le processus décisionnel des parents face à des situations de soins chroniques .....	33
La prise de décision des mères face à des situations quotidiennes reliées aux soins de base de l'enfant .....	34
Un modèle général de prise de décision.....	35

CHAPITRE QUATRIÈME - MÉTHODOLOGIE .....	38
Le devis .....	39
Le milieu de recherche .....	39
L'échantillon et les critères de sélection .....	41
Le processus de recrutement et la gestion des participants .....	42
Les méthodes de collecte des données .....	44
1. Les entrevues .....	44
2. Les notes d'observation .....	45
3. Le questionnaire sociodémographique .....	45
4. Le journal de bord .....	45
La gestion des données .....	46
1. Le dossier des codes .....	47
2. Le dossier des catégories .....	47
3. Le dossier des thèmes .....	47
4. Le dossier de modélisation .....	47
L'analyse des données .....	48
Les critères de qualité .....	51
Les considérations éthiques .....	53
 CHAPITRE CINQUIÈME - RÉSULTATS .....	 55
Les participants de l'étude .....	56
Le processus décisionnel des parents .....	58
Les dimensions du processus décisionnel présentes chez tous les participants .....	59
1. La souffrance .....	59
2. Le jeune enfant .....	59
3. L'enfant est une priorité .....	60
4. Le temps d'attente .....	60
5. Reprendre ses activités quotidiennes .....	61
6. Le réseau de ressources médicales .....	62
7. Le réseau de soutien familial et social .....	63
Deux parcours distincts de recours aux services d'urgence .....	64



Deux scénarios types.....	65
1. Le cas de parents qui consultent directement à l'urgence.....	65
2. Le cas de parents qui consultent avant de se rendre à l'urgence.....	66
Les quatre thèmes qui modulent le processus décisionnel du parent ayant recours aux services d'urgence.....	68
La perception du degré de gravité de la situation de santé de l'enfant .....	68
La perception de contrôle.....	71
Le lien entre les thèmes de perception de gravité de la situation et perception de contrôle.....	75
La perception de l'adéquation des ressources.....	75
Les attentes en regard des services d'urgence.....	78
Le modèle final .....	80
CHAPITRE SIXIÈME - DISCUSSION .....	81
Les résultats obtenus à la lumière des écrits disponibles .....	82
Le modèle dans son ensemble.....	82
La perception de gravité de la situation .....	83
La perception de contrôle de la situation .....	85
La perception de l'adéquation des ressources.....	86
Les attentes face aux services d'urgence .....	87
L'originalité de l'étude et transférabilité de nos résultats.....	88
Des pistes pour la pratique infirmière .....	89
L'infirmière au triage.....	89
D'autres modalités d'interventions infirmières.....	93
1. L'intervention infirmière en garderies .....	94
2. Un rôle pour l'infirmière praticienne en première ligne .....	94
3. Des pistes pour Info-Santé .....	95
Des pistes pour la recherche en sciences infirmières.....	96
CHAPITRE SEPTIÈME - CONCLUSION.....	98
RÉFÉRENCES.....	101

Appendice A - Échelle canadienne de triage et de gravité.....	i
Appendice B - Modèle de prise de décision de Janis et Mann.....	iv
Appendice C - Fiche de recrutement.....	vi
Appendice D - Formulaire de consentement.....	viii
Appendice E - Fiche d'identité .....	xv
Appendice F - Questionnaire sociodémographique .....	xvii
Appendice G - Guide d'entrevue .....	xix
Appendice H - Extrait d'une transcription avec les notes d'observation.....	xxi
Appendice I - Extrait du chapitre interprétatif du journal de bord.....	xxv
Appendice J - Extrait du dossier des codes.....	xxvii
Appendice K - Extrait du dossier de catégories.....	xxx
Appendice L - Extrait du dossier de thèmes .....	xxxv
Appendice M - Extrait du dossier de modélisation.....	xlvi

## LISTE DES TABLEAUX

Tableau I – Tableau des participants.....	57
---	----

## LISTE DES FIGURES

Figure 1 – Visite directe à l’urgence.....	66
Figure 2 – Visite indirecte à l’urgence.....	68
Figure 3 – Modèle final.....	80

## LISTE DES SIGLES ET DES ABRÉVIATIONS

AVQ : Activités de la vie quotidienne.

CA : *Carolina Access.*

CERSS : Comité d'éthique de la recherche en sciences de la santé.

CLSC : Centre local de services communautaires.

HBM : *Health Belief Model.*

IMCHB : *Intervention model of client health behaviour.*

SIURGE : Système informatique pour la gestion des services d'urgence.

La réalisation de ce mémoire n'aurait pas été possible sans la contribution de certaines personnes.

Tout d'abord, à ma directrice madame Sylvie Gendron, merci d'avoir su développer en moi la patience, le souci du détail, la critique constructive et un nouveau regard sur la recherche. Le cheminement avec vous m'a permis d'accroître tant mes capacités intellectuelles que personnelles. À ma codirectrice, madame Andréa Laizner, merci d'avoir suscité le questionnement, les réflexions et, surtout, d'avoir partagé votre expertise avec nous.

Aux membres du jury, merci d'avoir accepté l'invitation et de vous impliquer dans l'évaluation de ce mémoire.

À Sophie, un merci particulier pour les transcriptions, ton travail a été d'une aide très précieuse et je t'en suis très reconnaissante. À Chantal, merci pour ton excellent travail de mise en page. La présentation du mémoire a été possible grâce à toi.

À mes amies, merci d'avoir toujours été présentes même durant les moments les plus difficiles. Vos appels, vos messages et nos rencontres m'ont permis de garder un équilibre dans ce processus.

Je ne pourrais pas passer sous silence tout le soutien et la compréhension de mes parents et de mon frère; merci d'avoir cru en moi et de m'avoir toujours incitée à persévérer dans mes études.

Finalement, à Jérôme, merci de m'avoir soutenu et encouragé à poursuivre ce projet qui est maintenant terminé et en grande partie, grâce à toi.

## CHAPITRE PREMIER - PROBLÉMATIQUE

L'urgence pédiatrique soigne un nombre considérable de personnes. En 2004, selon les rapports produits par le logiciel SIURGE<sup>1</sup>, près de 65 000 enfants se sont présentés dans chacune des deux urgences des centres hospitaliers pédiatriques de niveau tertiaire de la région métropolitaine de Montréal. Parmi ces visites, plus de 55% des consultations sont considérées non urgentes<sup>2</sup> selon l'échelle canadienne de triage et de gravité (appendice A). En Ontario, au Hospital for Sick Children de Toronto, il a déjà été estimé que près de 65% des enfants qui se présentent à l'urgence auraient pu être soignés soit dans une clinique ou chez le pédiatre (Brown, & Shaw, 1999). De plus, une étude effectuée dans 89 salles d'urgence de centres hospitaliers à travers 35 états américains rapporte que les visites non urgentes chez les enfants et les jeunes adultes seraient de l'ordre de 60% (MacLean, Bayley, Cole, Bernardo, Lenaghan, & Manton, 1999)<sup>3</sup>. Bref, tel que l'indique également l'étude de Leduc, Champagne, Bergeron, Ste-Marie et Lafrance (2001), les statistiques démontrent qu'un grand nombre de parents consultent à l'urgence pédiatrique pour des problèmes de santé non urgents.

Le nombre élevé de visites non urgentes dans les services d'urgence peut avoir des répercussions importantes sur la qualité des soins, sur les coûts du système de santé ainsi que sur la continuité des soins de première ligne. En effet, les impacts de cette situation sont importants sur la qualité des soins, notamment en ce qui a trait à la possibilité de

---

<sup>1</sup> Un logiciel dont l'acronyme signifie « Système informatique pour la gestion des services d'urgence ». Il est utilisé pour inscrire tous les patients à l'urgence du centre hospitalier et permet d'avoir accès à certaines données tels l'âge, le numéro du dossier, la raison de consultation, la catégorie de triage, la localisation dans l'urgence, le temps écoulé depuis l'inscription, le médecin responsable et le diagnostic.

<sup>2</sup> Tout au long de ce document nous ferons référence aux situations non urgentes comme étant toute situation qui n'est pas considérée urgente. Ceci regroupe les catégories de triage quatre et cinq de l'échelle canadienne de triage et de gravité. De plus, nous prenons soins de rapporter des statistiques qui renvoient aux situations non urgentes, même si les catégorisations de triage sont différentes, comme c'est le cas pour des études américaines, par exemple.

<sup>3</sup> Dans l'étude de Maclean et al. (1999), le triage était divisé en trois catégories soit : très urgent, urgent ou non urgent. Les pourcentages correspondent à nos statistiques puisque dans les deux cas il s'agit du pourcentage de situations considérées non urgentes.



compromettre les soins aigus pour lesquels les services d'urgence ont été développés lorsque la quantité de patients excède les ressources disponibles de manière chronique (Feigelman, Duggan, Bazell, Baumgardner, Mellits, & DeAngelis, 1990; Woolfenden, Ritchie, Hanson, & Nossar, 2000). Par ailleurs, il est généralement admis que l'utilisation inappropriée des ressources engendre une augmentation considérable des coûts (Brown, & Shaw, 1999; Feigelman et al., 1990; Halfon, Newacheck, Wood, & St-Peter, 1996; Koziol-McLain, Price, Weiss, Quinn, & Honigman, 2000; Piehl, Clemens, & Joines, 2000; Woolfenden et al., 2000 ). Enfin, plusieurs études indiquent que les soins prodigués dans les urgences pour des problèmes de santé non urgents perturbent la continuité des soins en première ligne et peuvent même entraîner une surutilisation des services d'urgence (Brown, & Shaw, 1999; Chande, Wyss, & Exum, 1996; Doobinin, Heidt-Davis, Gross, & Isaacman, 2003; Feigelman et al., 1990; Gill, 1994; Halfon et al., 1996; Johnson, & Rimsza, 2004; Woolfenden, et al., 2000). Par exemple, Christakis, Mell, Koepsell, Zimmerman et Connell (2001) expliquent que le nombre élevé de visites dans les services d'urgence rend la tâche difficile pour les professionnels de la santé, entre autres, les infirmières, lorsqu'il s'agit de dépister des difficultés psychosociales vécues au sein des familles. Ces divers problèmes psychosociaux peuvent avoir une influence sur l'état de santé de la personne et sur la continuité des traitements déjà entrepris pouvant ainsi entraîner davantage de consultations non urgentes dans les services d'urgence.

À ces impacts s'ajoutent, sans contredit, des inconvénients directs pour les utilisateurs de services en termes de longues périodes d'attente pour recevoir des soins. À l'urgence pédiatrique, le personnel observe fréquemment de la frustration chez les parents en attente, laquelle augmente leur anxiété puisque leur enfant est malade et qu'ils ont souvent d'autres enfants à la maison (Koziol-McLain et al., 2000). Cette situation entraîne

un malaise chez les infirmières intervenant auprès de ces familles, notamment auprès de celles qui consultent pour des problèmes de santé non urgents. Étant quotidiennement aux prises avec cette anxiété et cette frustration vécues par les familles, les infirmières se questionnent à savoir pourquoi, et surtout comment, les parents en viennent à consulter pour des raisons non urgentes. Des discussions dans les milieux indiquent que l'identification de pistes de réflexion aiderait à développer des interventions pour mieux accompagner ces familles à travers cette situation fréquente, voire prévenir sa récurrence.

Plusieurs études quantitatives ont documenté les facteurs pouvant expliquer l'utilisation non urgente des services d'urgence à l'aide du Behavioral Model (Andersen, 1995). Les résultats de ces études démontrent principalement que le faible revenu et le type d'assurance-maladie, soit privé ou public, sont associés à l'utilisation non urgente des services d'urgence (Padgett, & Brodsky, 1992). À ceci s'ajoutent des facteurs sociaux, culturels et psychologiques. Ceci dit, le manque d'accessibilité aux services de première ligne, le manque de ressources et de services de santé pour les familles et le manque de connaissances chez les parents face aux situations de santé de leur enfant influenceraient aussi leur prise de décision quant à l'utilisation des services de l'urgence (Chande et al., 1996; Gill, 1994; Piehl et al., 2000).

Par contre, il faut être prudent quant aux conclusions de telles études puisque la majorité de celles-ci ont été effectuées aux États-Unis où les politiques concernant l'accès universel aux services de santé diffèrent grandement de celles présentes au Canada (Brown, & Shaw, 1999). Ce qui est toutefois intéressant de retenir, d'un nombre important d'études recensées, est la recommandation de recourir à des approches de recherche qualitative. Ce devis permettrait d'explorer en profondeur les facteurs reliés à

l'utilisation des services d'urgence, ce que le Behavioral Model ne permet pas, notamment en termes de perceptions et de croyances des participants qui apparaissent tout de même influencer leur utilisation des services (Forrest, Riley, Vivier, Gordon, & Starfield, 2004; Woodward, Boyle, Offord, Cadman, Links, Munroe-Blum, Byrne, & Thomas, 1988).

À notre connaissance, peu d'études qualitatives se sont penchées sur l'utilisation non urgente des services d'urgence pédiatrique. Nous en avons recensé trois. La première effectuée en Australie auprès de parents consultant pour un problème non urgent chez leur enfant est une étude qui a permis d'explorer les raisons motivant le choix de consultation à l'urgence pédiatrique plutôt qu'aux services locaux de première ligne. À travers une approche basée sur la théorie ancrée, les résultats indiquent que les attitudes, les perceptions et les croyances parentales relatives à l'évaluation de la sévérité des symptômes, la présence de spécialistes (pédiatres) à l'urgence pédiatrique, l'accessibilité aux services de l'urgence et l'expérience d'une réponse positive aux attentes parentales (telles qu'une bonne communication avec le médecin et un examen physique complet), sont des éléments qui jouent un rôle dans l'utilisation de l'urgence pédiatrique (Woolfenden et al., 2000). Ces résultats vont dans le même sens que l'étude de Leduc et al. (2001) menée récemment dans un des centres hospitaliers pédiatriques de la région de Montréal. Enfin, Guttman, Zimmerman et Nelson (2003) ont aussi examiné l'utilisation des services d'urgence dans un contexte non urgent. Leur étude visait l'identification des raisons d'une consultation à l'urgence. La conception du service d'urgence a été définie par les participants de l'étude. La conception des besoins, de la ressource appropriée et la préférence pour les services de l'urgence tant chez la population pédiatrique qu'adulte sont les thèmes centraux qui influencent la décision de consulter dans les services

d'urgence. Les auteurs suggèrent que les interventions d'enseignement et le développement des ressources médicales primaires ne résoudront pas la situation. Les interventions auprès de ces utilisateurs des services d'urgence doivent se centrer sur leurs attentes et leur conception de la ressource médicale appropriée.

À la lumière des études effectuées, nous connaissons donc certains des éléments pouvant influencer la consultation non urgente à l'urgence pédiatrique. Par contre, tous ces facteurs en disent peu sur le processus décisionnel impliqué dans le choix de l'utilisation des services d'urgence et peu de littérature existe à cet effet. Quelques études en sciences infirmières ont exploré le processus décisionnel de parents face à des situations de soins critiques pour leurs enfants tels que la transplantation cardiaque, les soins intensifs néonataux et les soins en oncologie (Higgins, 2001; Hinds, Oakes, Furman, Foppiano, Olsen, Quargneti, Gattuso, Powell, Srivastava, Jayawardene, Sandlund, & Strong, 1997; Overbay, 1996; Pinch, & Spielman, 1990). Ces études suggèrent que l'infirmière joue un rôle central dans la relation entre le parent et le professionnel de la santé, facilitant ainsi la prise de décision parentale. Les parents traversent plusieurs étapes avant de prendre une décision et les infirmières bénéficient de la connaissance de ce processus décisionnel puisqu'elles sont alors en mesure de mieux soutenir et d'intervenir efficacement en fonction des besoins identifiés par ces familles. Par contre, ces modèles de processus décisionnels des parents sont élaborés dans des contextes qui diffèrent de notre problématique : même s'il s'agit de situations de crise, ils doivent prendre une décision face à un type de traitement ou à un problème de santé déjà diagnostiqué, ce qui est rarement le cas lorsqu'un parent consulte à l'urgence. Les modèles existants, bien qu'ils puissent apporter certains éclairages, ne sont donc pas directement transférables à notre situation.

En somme, les recherches menées à ce jour ont contribué à identifier plusieurs raisons ou facteurs pouvant expliquer « pourquoi » les parents consultent à l'urgence pour un problème de santé non urgent chez leurs enfants, mais aucune, à notre connaissance, ne s'est penchée sur la question à savoir « comment » les parents abordent le processus décisionnel qui les amène à l'urgence avec leurs enfants. Les données actuelles, surtout en recherche quantitative, offrent un éclairage quant au contexte entourant l'utilisation non urgente des services d'urgence mais ne permettent pas de comprendre le processus décisionnel des parents dans lequel pourraient s'inscrire des interventions infirmières pertinentes visant à aider les familles à s'adapter face à ces situations à la salle d'urgence.

#### But et pertinence de l'étude

Le but de cette recherche est de décrire, dans le cadre d'une étude exploratoire qualitative, le processus décisionnel de parents quant à leur consultation à l'urgence avec leur enfant face à un problème de santé jugé non urgent selon les critères établis par les services d'urgence.

Les résultats de cette étude offriront des pistes de compréhension pouvant alimenter la réflexion sur l'intervention infirmière dans un tel contexte et permettront d'identifier des pistes de recherche à poursuivre. Il est particulièrement pertinent pour les infirmières de mieux comprendre ce processus, puisque cette population est initialement prise en charge par une infirmière au triage dans les salles d'urgence et que celles-ci se questionnent à savoir pourquoi le parent se présente à l'urgence. Aussi, les infirmières tentent de comprendre le point de vue des parents, pour mieux les accompagner dans la gestion de la situation et développer leur capacité d'intervenir auprès des familles. De plus, les résultats de cette étude pourront être utiles aux infirmières oeuvrant dans les

services de première ligne, incluant le service d'Info-Santé, pour offrir des conseils aux parents qui sont aux prises avec une situation de santé qu'ils jugent urgente pour leurs enfants, notamment afin de prévenir le recours non urgent à des services d'urgence.

CHAPITRE DEUXIÈME - CADRE DE RÉFÉRENCE :  
LE MODÈLE DE MCGILL

Le modèle conceptuel en sciences infirmières de McGill sert de point d'ancrage à cette étude exploratoire puisqu'il permet de camper la problématique dans une perspective en sciences infirmières.

Ce modèle fut élaboré sous la direction de Moyra Allen dans une optique de promotion de la santé (Gottlieb, & Ezer, 1997). Les principaux postulats qui ont servi d'assise à son élaboration sont que : 1) la santé est une des ressources les plus précieuses d'une société; 2) les individus, les familles ainsi que les communautés sont motivés à améliorer leur santé (Kérouac, Pépin, Ducharme, Duquette, et Major, 1994) et 3) la santé s'apprend par l'implication active des individus au sein de leurs familles (Gottlieb, & Rowat, 1987). Kravitz et Frey (1989) soulignent aussi que la santé est un phénomène familial et que les soins infirmiers sont une ressource de santé primaire. En ce qui a trait aux soins infirmiers, ils sont décrits comme une profession unique et distincte dont le rôle principal est d'aider les familles à développer leur potentiel en matière de santé et de s'adapter aux situations de santé (Gottlieb, & Rowat, 1987). Dans cette optique, nous souhaitons que les résultats de cette étude aideront à élaborer des interventions infirmières qui auront un impact sur l'adaptation parentale face à la situation de santé de leur enfant.

Tous les modèles conceptuels en sciences infirmières définissent de façon spécifique les concepts métaparadigmatiques de la santé, de la personne, de l'environnement et des soins. Dans le modèle que nous avons retenu, la santé est une composante centrale qui ne se situe pas sur un continuum santé-maladie (Allen, & Warner, 2002). La santé et la maladie sont des entités distinctes qui coexistent dans la même situation, c'est-à-dire qu'une personne peut être en bonne santé même si elle est atteinte d'une maladie. La santé correspond à un concept multidimensionnel composé de



processus dynamiques dont l'adaptation et le développement. L'adaptation est définie par la maîtrise ou la résolution face à une situation problématique alors que le développement est dirigé vers l'atteinte des objectifs de vie de la personne ou de la famille (Laizner, 2002).

En ce qui a trait au concept de la personne, le modèle de McGill centre son attention sur la famille. Cette dernière est définie comme un groupe de personnes significatives (identifié par l'individu concerné) où le groupe de personnes forme un tout plus grand que la somme de chacun. La famille est conçue comme étant un système ouvert en interaction constante avec chacun des individus qui le compose ainsi qu'avec la communauté et l'environnement. Ainsi tout changement chez une personne affecte tant le système individuel que le système familial puisqu'ils s'influencent mutuellement dans leurs interactions.

Quant à l'environnement, il fait référence au contexte social dans lequel se font les apprentissages de saines habitudes de vie. Cette perspective correspond à une approche par systèmes ouverts qui sont en interaction constante et qui s'influencent mutuellement.

Finalement, les soins infirmiers reposent sur une relation de collaboration infirmière-client permettant de maximiser le potentiel de résolution de problèmes des familles face à diverses situations et de parfaire leurs stratégies d'adaptation. En prenant le client-famille comme source de données principale, l'infirmière évalue les besoins en observant et en écoutant attentivement afin de recueillir le plus d'informations possibles. Elle formule alors des hypothèses tout en puisant dans ses connaissances en sciences infirmières et en sciences humaines ainsi que dans ses expériences personnelles. Elle confirme ses hypothèses auprès des membres de la famille en fonction de leur perception

de la situation, de leurs forces et de leurs objectifs. Les interventions sont élaborées pour permettre à la famille d'identifier les solutions et reconnaître leurs ressources. De plus, l'infirmière évalue avec les familles les résultats et les aide à transférer les stratégies acquises lors cette situation à une autre situation (Laizner, 2002).

En ce qui concerne la présente étude, le modèle de McGill nous amène à concevoir l'importance de comprendre le vécu de la famille face à la situation de santé de l'enfant malade, puisque les solutions face aux difficultés résident à même les familles. Par ailleurs, notre compréhension du processus décisionnel des parents doit s'inscrire dans une optique de compréhension de leur contexte social et de collaboration avec les familles afin de les aider à faire face à une situation de santé problématique, voire d'y développer leurs stratégies d'adaptation (Laizner, 2002). Une meilleure compréhension du processus décisionnel devrait aussi permettre aux infirmières d'aider les parents à clarifier leurs inquiétudes face à la santé de leur enfant, à analyser la situation, à choisir parmi les solutions alternatives, et d'apprendre de leur gestion de la situation. Ces étapes peuvent, dans les faits, s'inscrire dans le cadre d'un processus décisionnel face à une consultation à l'urgence.

Il est important de noter que le modèle conceptuel de McGill n'est pas un cadre conceptuel qui sera exploité en tant que tel durant l'étude mais bien d'un modèle de soins infirmiers qui teinte notre perspective de par ses valeurs et concepts, qui oriente la manière dont nous appréhendons la pratique infirmière, et l'exploration du processus décisionnel des parents. De plus, le modèle de McGill, permet de développer la capacité des infirmières à intervenir avec des familles dans la gestion de la situation.

## CHAPITRE TROISIÈME - RECENSION DES ÉCRITS

Ce chapitre vise à déterminer le niveau de connaissances accumulées relativement au problème de recherche identifié (Fortin, 1996). Tel que déjà mentionné, peu de littérature existe sur le processus décisionnel de parents quant à la consultation à l'urgence pour un problème de santé non urgent chez leur enfant. La recension des écrits a donc été élargie à d'autres thèmes pouvant contribuer à la compréhension de la situation. Premièrement, nous portons notre attention sur l'utilisation des services d'urgence par diverses populations, par la suite, sur des études qui ont cherché à décrire le processus décisionnel de parents relativement à des soins pour leurs enfants et, finalement, sur un modèle général de prise de décision en santé. Nous avons effectué une recherche bibliographique informatisée sur diverses bases de données telles que Medline, Cinahl et PsycInfo en utilisant les mots clés suivants : *emergency service utilization, health care or resource utilization, health services misuse, decision making, emergency and pediatric nursing, parental skills, parents and child*.

### L'utilisation des services d'urgence

Les études portant sur l'utilisation des services d'urgence sont nombreuses. On constate que les facteurs reliés à l'utilisation des services d'urgence varient selon les études. Nous avons donc regroupé les différentes études afin faire une synthèse des raisons liées à l'utilisation des services d'urgence.

#### Les facteurs reliés à l'utilisation des services d'urgence

Dans un premier temps, certaines études indiquent que des facteurs sociodémographiques sont associés à l'utilisation des services d'urgence. Toutefois, on note que ces facteurs varient entre les diverses études et, parfois, se contredisent. Ce que

l'on remarque, c'est que les études qui ont lieu aux États-Unis, en Europe et au Canada n'identifient pas les mêmes facteurs sociodémographiques.

La majorité des études ont été effectuées aux États-Unis. L'étude de Halfon et al. (1996) tentait d'identifier les facteurs associés avec l'utilisation régulière des services d'urgence en utilisant un échantillon d'enfants. À l'aide des données du « *National Health Interview Survey on Child Health* » de 1988, un échantillon représentatif de 17 710 enfants âgés de 18 ans et moins a été sélectionné. La recherche présente l'association entre l'utilisation de l'urgence comme source habituelle de soins et des variables prédictives (définies en fonction du Behavioral Model), tout en considérant les ressources de santé disponibles dans la communauté. Les résultats indiquent que seulement 3,4% des enfants âgés de moins de 18 ans utilisent les urgences comme source habituelle de soins. Ce qui représente tout de même l'équivalent de deux millions d'enfants aux États-Unis. Les facteurs associés significativement à cette utilisation étaient : les enfants de race noire (versus ceux de race blanche), les familles monoparentales (versus les familles nucléaires), les mères avec un niveau d'éducation inférieur au secondaire (versus celles dont le niveau de scolarité dépasse le secondaire), les familles pauvres, ceux vivant dans les milieux urbains (versus ceux vivant dans les banlieues). Les états de santé récurrents (asthme, amygdalites, maux de tête et convulsions fébriles) ne sont pas avérés associés à l'utilisation de l'urgence comme source de soins.

En contrepartie, certaines études indiquent que les enfants souffrant de problématiques de santé récurrentes sont des utilisateurs fréquents des services d'urgence pédiatrique (Chande et al., 1996). De plus, la couverture par « Medicaid<sup>4</sup> » n'est pas nécessairement associée à l'utilisation de l'urgence en tant que source habituelle de soins

---

<sup>4</sup> Un type d'assurance-maladie publique aux États-Unis.

(Chande et al., 1996) contrairement aux études de MacLean et al. (1999), Padgett et Brodsky (1992) et Sharma, Simon, Bakewell, Ellerbeck, Fox, et Wallace (2000). La recherche de Chande et al. (1996) démontre que l'utilisation de l'urgence comme source de soins chez les enfants américains est fortement associée avec les caractéristiques démographiques et sociales de l'enfant et de la famille, le type et la source de soins de première ligne ainsi que la disponibilité du médecin primaire.

L'étude de Zimmer, Walker et Minkovitz (2005) a examiné les tendances démographiques et les facteurs associés au niveau de gravité dans une urgence pédiatrique. Les dossiers de 75 529 patients, âgés de moins de 18 ans qui se sont présentés à l'urgence du John Hopkins Hospital entre 1999 et 2001 ont été analysés. Les caractéristiques démographiques représentaient le sexe, la race et l'âge de l'enfant, la distance du lieu de résidence à l'hôpital, le mode de transport ainsi que le statut d'emploi du parent. Le niveau de gravité était basé sur l'évaluation de l'infirmière selon une échelle variant du besoin de réanimation à une condition non urgente. Les résultats indiquent que l'utilisation de l'urgence pour des motifs non urgents est prédominante chez les enfants de race noire qui vivent à deux milles, ou moins de l'hôpital. Les auteurs concluent toutefois que près de la moitié des visites à l'urgence sont pour des motifs non urgents mais que les différences raciales dans l'utilisation des services non urgents sont probablement reliées à la proximité du patient de l'hôpital.

L'étude de Sharma et al. (2000) a identifié les prédicteurs des visites non urgentes à partir d'une étude de cohortes rétrospective. L'échantillon comportait 70 043 enfants âgés de un an et moins vivant dans l'état du Missouri aux États-Unis. Les données ont été recueillies à partir du registre des naissances de l'état du Missouri et des « patient

abstract » où toutes les visites dans un centre hospitalier sont notées. Les variables indépendantes retenues pour déterminer les variations de l'utilisation des urgences étaient : le résultat de l'APGAR, le type d'assurance-maladie à la naissance, le sexe et la race de l'enfant, le poids à la naissance, la durée du séjour à l'hôpital lors de la naissance, le lieu de résidence et la présence d'anomalies congénitales. Douze pour cent de la cohorte a eu ou moins une visite non urgente. De tous ceux qui se sont présentés à l'urgence, 29% s'y présentait pour une raison non urgente. La variable la plus déterminante pour les visites non urgentes était le type d'assurance à la naissance, soit « Medicaid » suivi de la race, le lieu de résidence rural et la présence d'anomalies congénitales.

L'étude de Doobinin et al. (2003) visait à décrire les facteurs associés à l'utilisation non urgente des services d'urgence pour des enfants assurés et d'évaluer les connaissances parentales en regard de leur assurance-maladie ainsi que l'influence de ces connaissances sur leurs comportements d'utilisation de services de santé. Un total de 251 questionnaires ont été complétés par des parents qui se sont présentés à l'urgence et qui ont été triés non urgents. La raison principale de consultation à l'urgence pédiatrique était que c'était « pratique » (62,8%), la perception d'une urgence réelle (33,6%) et le manque d'accès à un autre médecin (3,6%). De plus, seulement 38,7% des parents ont rapporté avoir reçu de l'information de leur compagnie d'assurance en regard des problèmes de santé considérés urgents. Les auteurs concluent que les parents connaissent mal leur couverture d'assurance-maladie et que ceci influence leur utilisation des services lors de problèmes de santé non urgents.

La seule étude recensée en Europe a eu lieu en Italie. L'étude de Bianco, Pileggi et Angelillo (2003) tentait d'identifier l'étendue des visites non urgentes et ses déterminants. De l'échantillon de 541 patients âgés de 15 ans et plus qui ont consulté au service d'urgence d'un centre hospitalier, 19,6% y étaient pour une raison jugée non urgente selon deux observateurs de l'étude. Les résultats indiquent que les plus jeunes et les femmes sont davantage prédisposés à l'utilisation non urgente des services d'urgence. De plus, la proportion de consultations non urgentes était plus élevée chez les patients sans référence médicale et chez ceux dont les problèmes de santé étaient de plus longue durée. La principale raison invoquée pour la consultation à l'urgence était la croyance que le problème était urgent.

Enfin, une seule étude similaire aux précédentes a été identifiée au Canada. Woodward et al. (1988) a présenté la fréquence d'utilisation des services médicaux ambulatoires<sup>5</sup> en Ontario, pour des enfants âgés entre 4 et 16 ans, durant une période de six mois. Les résultats indiquent que l'élément déterminant dans l'utilisation des services médicaux ambulatoires ainsi que pour la fréquence d'utilisation des services médicaux était la perception du parent de l'état de santé physique de l'enfant. De plus, l'enfant plus jeune vivant dans un milieu urbain ayant certains problèmes médicaux chroniques, ainsi que le niveau d'éducation de la mère, contribuaient à l'explication de l'utilisation des services médicaux. Fait à signaler, les variables socioéconomiques n'étaient pas des facteurs importants dans la détermination de l'utilisation de services médicaux.

En somme, les études américaines indiquent que les facteurs reliés au statut économique ainsi que le type d'assurance-maladie dont la famille dispose sont

---

<sup>5</sup> Les services médicaux ambulatoires comprennent les consultations dans un service d'urgence ou un service ambulatoire d'un centre hospitalier, chez un médecin de famille ou dans une clinique.



déterminants dans l'utilisation des services d'urgence. Par contre, les politiques de couverture d'assurance-maladie universelles, comme c'est le cas au Canada, font en sorte que les facteurs socioéconomiques ne sont pas déterminants dans l'utilisation des services d'urgence. Selon Woodward et al. (1988) une assurance santé universelle réduit les barrières financières à l'accès aux soins médicaux pour les enfants.

Autre fait à noter, les études comprenant des échantillons d'enfants âgés d'un an et moins semblent contredire les statistiques de SIURGE, avec des pourcentages moindre de l'ordre de 12% à 29% (Sharma et al., 2000). Dans le contexte actuel au Québec, ces jeunes enfants sont souvent, lors de leur visite à l'urgence, priorisés dans des catégories urgentes vu leur potentiel de détérioration rapide malgré un état de santé stable lors de leur présentation à l'urgence. De plus, ces enfants, grâce au programme de vaccination et vu le suivi de routine plus rapproché, consultent plus régulièrement auprès de leur pédiatre ou médecin de famille. Les CLSC, si l'enfant n'est pas suivi par un médecin, assurent leur vaccination ainsi que leur suivi de routine. Ces consultations régulières pour les soins de santé de l'enfant sont aussi des occasions qui permettent aux professionnels de la santé d'effectuer une évaluation de l'état de santé de l'enfant et qui peuvent expliquer les taux plus bas, de consultations non urgentes chez les enfants âgés d'un an et moins.

#### L'accessibilité aux services de première ligne

Concernant l'utilisation des services d'urgence, la question se pose à savoir si les services de première ligne sont accessibles aux utilisateurs. Souvent, les utilisateurs des services d'urgence déplorent que les services de première ligne ne sont pas disponibles au moment de leur consultation. Piehl et al. (2000) a évalué l'effet d'une augmentation des

services de première ligne pour les enfants inscrits au « Medicaid » de la Caroline du Nord (États-Unis) sur la réduction des visites non urgentes. Les données ont été recueillies à l'aide des dossiers des patients et elles ont été analysées avant et après l'implantation du programme « Carolina Access (CA) ». Ce programme offrait, en tout temps aux gens sur « Medicaid » principalement par téléphone, les services d'un professionnel de la santé comme ressource de première ligne. Les résultats concluent qu'il semble y avoir un lien étroit entre la diminution des visites à l'urgence et l'accessibilité aux soins de première ligne implantée avec le CA. Par contre, les auteurs nous mettent en garde. Premièrement, il est possible que les patients de cette étude aient continué à utiliser les services d'urgence, mais dans un autre centre hospitalier. Deuxièmement, par simple équation mathématique, il est possible que le taux de visites à l'urgence diminue si le nombre de patients inscrits au « Medicaid » augmente drastiquement. De plus, avant même le programme de CA, les données révélaient une tendance à la baisse pour le taux de visites à l'urgence. Bref, cette étude peut nous laisser prétendre que la solution au nombre élevé des visites non urgentes à l'urgence pédiatrique résiderait dans l'augmentation des services de première ligne, mais ses limites ne nous permettent pas de généraliser et croire qu'il s'agit effectivement d'une solution à long terme.

Une étude comparative menée en Arizona auprès d'un échantillon de 21 261 participants âgés de moins de 19 ans (Johnson, & Rimsza, 2004) indique que ceux qui recevaient des soins d'une pratique privée et qui étaient assurés avaient 73% moins de chance d'utiliser des services d'urgence. Parmi les enfants assurés, ceux qui sont couverts par « Medicaid » ont 54% moins de chance d'utiliser les services de l'urgence que les enfants ayant une couverture d'assurance-maladie privée. Les résultats de l'étude indiquent aussi que les enfants qui ne sont pas assurés ont quatre fois plus de chance de

consulter à l'urgence que les enfants assurés. L'étude tentait de démontrer que l'accès à un service de première ligne diminuerait les consultations à l'urgence surtout lorsque l'on tient compte du fait qu'une proportion importante de ces visites aurait pu être soignées dans un service de première ligne. Les auteurs concluent que l'accès à des soins pédiatriques sont associés avec une diminution marquée de l'utilisation des services d'urgence peu importe le statut de couverture d'assurance-maladie.

La question se pose à savoir si le nombre élevé de visites pour des problématiques de santé non urgentes est le reflet d'un manque de continuité de soins dans notre système de santé actuel (Gill, 1994). Christakis et al. (2001) ont procédé à une étude de cohortes rétrospective auprès de 46 097 enfants suivis entre janvier 1993 et décembre 1998 pour déterminer s'il y avait une association entre l'existence d'une relation soutenue avec un pédiatre et la diminution des risques de visites à l'urgence et l'hospitalisation. Les auteurs concluent que l'absence de continuité de soins est associée avec un plus grand risque d'utilisation de l'urgence et d'hospitalisations. Le raisonnement qui sous-tend cette constatation provient du fait que l'assiduité à la prise des médicaments est affectée par le lien de confiance entre le médecin et le patient. De plus, une bonne continuité des soins permet d'identifier plus facilement les problèmes psychosociaux au sein de la famille qui sont souvent des facteurs jouant un rôle dans diverses problématiques de santé. Finalement, lorsqu'il existe une bonne relation de confiance entre le médecin et les parents, ceux-ci sont portés à le consulter pour des problématiques pouvant être jugées non urgentes.

En somme, en ce qui a trait à l'accessibilité aux services de première ligne, les études ne semblent pas concluantes sur le lien direct entre l'accès à ces services et la

diminution de consultations à l'urgence. Par contre, une plus grande continuité de soins auprès d'un médecin semble influencer la diminution des visites à l'urgence.

#### Les connaissances quant au recours adéquat aux services d'urgence

Il est aussi possible que la situation observée soit reliée à une lacune en termes de connaissance auprès de la population. À cet effet, Chande et al. (1996) ont identifié les patterns d'utilisation des services d'urgence pédiatriques auprès de 300 familles afin de développer des pistes d'interventions futures, notamment la préparation de matériel éducatif afin d'aider les personnes dans leur décision d'utiliser des services d'urgence. Par la suite, ces chercheurs ont effectué une étude prospective randomisée comportant un échantillon de 130 familles divisées pour tester leur intervention. L'enseignement aux familles sur l'utilisation des services de leur médecin de famille et sur les maladies infantiles habituelles ne semble pas modifier à long terme les habitudes d'utilisation des services d'urgence. À la fin, les auteurs expliquent que des interventions visant un enseignement plus poussé quant à l'utilisation des services d'urgence ainsi qu'une meilleure accessibilité aux médecins de famille seraient nécessaires pour diminuer le recours aux services d'urgence pédiatrique pour des problèmes de santé mineurs.

Suite à une enquête effectuée en 2000 par un regroupement nommé le « Head Start Healthcare Coordinators », ils ont noté que les connaissances parentales étaient un obstacle important dans l'obtention adéquate des services de santé pour les enfants. Selon ce groupe, les parents qui sont mieux informés quant à l'utilisation adéquate des services d'urgence contribuent à diminuer les visites non urgentes tout en réduisant les coûts du système de santé. Herman et Mayer (2004) ont mis sur pied un projet pilote visant à éduquer les parents, à l'aide d'un livre intitulé « *What to do when your child gets sick* »

dans la gestion adéquate des besoins de santé de leur enfant. Les résultats de cette étude pré et post-intervention (délais de six mois) indiquent que les parents utiliseraient ce livre lorsqu'une situation de santé se présenterait avec leur enfant. De plus, le nombre de visites à l'urgence et le nombre de consultations en clinique a diminué après la distribution du livre. Les auteurs concluent que bien que les résultats semblent indiquer que le livre peut être utile aux parents, plus de recherche est nécessaire pour déterminer si cet outil combiné à la formation serait plus aidant pour contribuer plus significativement à l'utilisation adéquate des services de santé.

En somme, les études qui se sont penchées sur les connaissances parentales en regard de l'utilisation des services d'urgence ont principalement évalué les résultats d'interventions visant l'enseignement auprès des parents. Dans les deux cas recensés ici, les résultats ne sont pas concluants, c'est-à-dire que les visites aux services d'urgence semblent diminuer mais les données ne permettent pas de déterminer que seule l'intervention a influencé cette diminution. Ce que l'on retient toutefois, c'est que l'enseignement auprès des parents est un facteur qui favorise la modification des comportements d'utilisation des services d'urgence mais qu'il ne s'agit pas du seul facteur à considérer. De plus, les études ont centré leurs objectifs sur les résultats suite à des interventions en soumettant l'hypothèse que les visites à l'urgence étaient reliées uniquement à un manque de connaissances des parents, sans tenir compte d'autres raisons qui expliqueraient les consultations à l'urgence.

De plus, l'hypothèse que le manque de connaissances est relié à l'utilisation accrue des services d'urgence n'est pas complètement validée. Bien que des interventions ciblées puissent augmenter les connaissances des parents quant aux interventions à poser

lorsqu'un problème de santé survient avec l'enfant, ceci ne semble pas mener à une diminution des consultations tant aux urgences qu'en clinique (Herman, & Mayer, 2004). L'enseignement aux familles est une partie intégrante du rôle des infirmières et doit sûrement contribuer à l'acquisition de compétences et du sentiment de confiance chez les parents, mais il demeure important de bien cerner les besoins et les raisons qui motivent leur consultation à l'urgence afin de dispenser un enseignement adéquat et de le situer dans le cadre d'une intervention qui agit sur d'autres facteurs que les connaissances.

En résumé, lorsque les études se penchent sur les caractéristiques des familles et de leur milieu de vie et sur la situation de santé de l'enfant, les résultats sur le recours aux services d'urgence ne semblent pas être unanimes. Les différences sont généralement expliquées par la variabilité des divers systèmes de santé et les types d'assurance-maladie selon le pays où l'étude se déroule. Le système de santé universel et dit accessible à toute la population au Québec devrait en principe limiter les barrières d'accès aux soins de santé pour la population. Dans cet ordre d'idées, l'accessibilité aux services de première ligne devrait répondre aux besoins de la clientèle et diminuer les consultations à l'urgence. Les études ne sont toutefois pas unanimes, comme nous l'avons vu. Aussi l'expérience, au Québec avec l'instauration du service d'Info-Santé, indique que depuis sa mise en place le nombre de consultations à l'urgence ne semble pas diminuer malgré le taux de satisfaction important des utilisateurs de ce service (Gouvernement du Québec, 1999).

Enfin plusieurs auteurs ont mentionné que le Behavioral Model fréquemment utilisé par les chercheurs dans les études recensées (Halfon, & al., 1996; Padgett, & Brodsky, 1992; Woodward, & al., 1988) comporte certaines limites. Le Behavioral

Model, a été développé par Ronald Andersen vers la fin des années soixante pour comprendre pourquoi les familles utilisent les services de santé. Les composantes du modèle sont les suivantes : les caractéristiques des personnes qui les prédisposent à l'utilisation des services de santé telles que les données démographiques; la structure sociale; les croyances de la personne reliées à la santé; les ressources telles que la famille et la communauté; et la perception des besoins. Puisque ce modèle ne permet pas d'examiner de manière exhaustive les perceptions et croyances des utilisateurs des services d'urgence, la recommandation de plusieurs auteurs est de tenter d'inclure davantage la perspective et les points de vue des personnes directement concernées dans leurs études.

#### La perspective des utilisateurs des services d'urgence

La recherche de Koziol-McLain et al. (2000) a utilisé une méthode exploratoire et descriptive auprès de 30 personnes afin de mieux comprendre le contexte dans lequel les patients choisissent d'utiliser les services d'un département d'urgence. Les auteurs ont fait ressortir cinq thèmes en lien avec la consultation à l'urgence : « endurer les symptômes », « symptômes accablants malgré les mesures d'auto-soins », « l'appel à un ami », « lieu de dernier recours » et « convenance<sup>6</sup> ». Le premier thème fait référence aux patients qui tentent d'endurer les symptômes avant de consulter à l'urgence dénotant ainsi la capacité à faire face à la situation avant de prendre la décision de consulter à l'urgence. Le deuxième thème englobe l'aggravation des symptômes, malgré une tentative de les soulager avec des produits disponibles en pharmacie, et l'atteinte à la capacité de fonctionner dans les activités quotidiennes. En ce qui a trait à l'appel à un ami ou un

---

<sup>6</sup> Les thèmes originaux étaient : *toughing it out, symptoms overwhelming self-care measures, calling a friend, nowhere else to go et convenience.*

proche, il est souvent question de réconfort ou de conseils, la personne le plus souvent appelée étant la mère. Ces patients semblent aussi avoir tenté de consulter d'autres services mais sans succès et se retrouvent donc à l'urgence en dernier recours. Finalement, les horaires de travail, la gestion des enfants et de la famille, les limitations de transport influencent le choix de l'urgence pour leur consultation. Les auteurs concluent que cette étude leur a permis de comprendre que plusieurs facteurs non reliés au problème de santé peuvent influencer la décision de consulter à l'urgence. Entre autres, il est important de considérer le contexte dans lequel la décision a été prise ainsi que des facteurs psychologiques et sociaux.

Mayefsky, El-Shinaway, et Kelleher (1991) ont documenté que près des deux tiers de toutes les visites pédiatriques à l'urgence de Cook County (Chicago) étaient injustifiées selon la perception des professionnels de la santé. Leur étude a examiné l'utilisation de l'urgence pédiatrique par 190 familles qui consultent pour un enfant ayant un rhume. Pour 50% des parents, la raison la plus importante motivant leur visite à l'urgence, était la quête de confirmation que leur enfant n'avait pas d'autres problèmes de santé que le rhume; 24% souhaitaient recevoir une prescription pour soulager les symptômes; 13% souhaitaient recevoir une prescription pour guérir le rhume; 11% étaient inquiets quant à la fièvre et 2% mentionnaient que leur visite était due à la suggestion d'une tierce personne. Ce que ces auteurs signalent c'est que les parents qui consultent pour des rhumes à l'urgence ont des doutes raisonnables quant à la santé de leur enfant. Les auteurs expriment que l'un des rôles du pédiatre est de conseiller et de diminuer l'anxiété chez les parents et vu de cette façon, la consultation des parents pourrait être justifiée. De plus, ces auteurs suggèrent que des interventions éducatives devraient être élaborées afin de répondre aux besoins de ces parents.



Feigelman et al. (1990) se questionnaient à savoir si les croyances parentales concernant la santé de jeunes enfants étaient un élément déterminant dans l'utilisation des services d'urgence à l'aide du Health Belief Model (HBM) (Becker, & Maiman, 1975). Ce modèle stipule que la décision d'agir, en matière de santé, est basée sur la perception de menace pour la santé en termes de perceptions de sévérité et de susceptibilité à la maladie et la croyance en l'efficacité de l'action entreprise pour réduire cette menace. Cette étude indique que l'inquiétude de la mère face à la présence de la maladie chez son enfant et les conséquences sur les activités quotidiennes de l'enfant, l'état civil de la mère, l'histoire de santé aiguë récurrente et l'hospitalisation dans la première année de vie ont une incidence sur l'utilisation de l'urgence chez les enfants de moins d'un an ayant déjà accès à une clinique de soins en première ligne. Ainsi, malgré la présence d'un service de première ligne, les raisons qui semblent expliquer les consultations à l'urgence s'articulent autour des inquiétudes quant aux conséquences de la maladie et des perceptions de la mère.

Une autre étude recensée avait pour but d'examiner la relation entre l'utilisation des services de santé et les besoins de santé des enfants selon la perspective des enfants (âgés entre 6 et 11 ans), des parents et des professionnels de la santé (Forrest et al., 2004). Tant pour les enfants que pour les parents, un faible niveau de satisfaction quant à son état de santé, une pauvre estime de soi ainsi qu'un niveau élevé d'inconfort physique sont des prédicteurs significatifs du nombre de consultations. En regard à l'utilisation des services d'urgence, aucune relation n'a pu être établie avec les besoins de santé perçus par les utilisateurs. De plus, les résultats indiquent que la perception des besoins de santé est plus prédictive de l'utilisation des services de santé que l'évaluation des besoins évalués par les professionnels de la santé.

En somme, ces études suggèrent qu'une approche qualitative est pertinente, riche et qu'il est faux pour les professionnels de la santé de croire que les personnes se présentent à l'urgence dès les premiers symptômes puisqu'ils utilisent les autres ressources disponibles au préalable. Aussi il est important pour les professionnels de la santé de réaliser que même pour des situations de santé, tel qu'un rhume, il est important d'intervenir en cernant bien les besoins pour minimiser l'anxiété et souligner les forces et les ressources des parents. Finalement, la considération de la perspective parentale et celle des enfants, plutôt que celle des professionnels de la santé, est primordiale car les visions varient et ne répondent pas à la compréhension de l'utilisation des services de santé.

#### La perspective parentale dans le choix de consultation à l'urgence

Trois études ont produit des résultats en lien la prise de décision parentale face à la consultation à l'urgence. Près de nous, Leduc et al. (2001), ont tenté de décrire le processus décisionnel par lequel les parents choisissent de recourir aux services d'urgence hospitalière plutôt qu'à un autre type de service tel qu'Info-Santé, leur médecin habituel ou le service téléphonique de l'urgence de l'hôpital Ste-Justine. De plus, ils ont cherché à identifier les principaux attributs que les parents recherchent dans un service d'urgence pour leur enfant, à connaître le degré de gravité du problème de santé à l'origine de la visite tel que perçu par les parents et, finalement, à dégager des pistes de solutions que les parents jugent acceptables. Cent trente-cinq parents d'enfants triés non urgents ont accepté de remplir un questionnaire, à l'urgence, comportant 47 questions réparties de façon à connaître : 1) la raison principale du recours à l'urgence; 2) les sources d'information et de satisfaction; 3) le problème de santé de l'enfant; 4) la gravité perçue du problème de santé; 5) la douleur perçue; 6) les limitations; 7) les attitudes et croyances à l'égard des divers types de services d'urgence; 8) la source régulière de soins; 9) les

habitudes d'utilisation; 10) les connaissances des services d'urgence; et 11) des renseignements sociodémographiques. Les résultats indiquent que l'utilisation des services d'urgence est élevée, puisqu'en moyenne les participants ont eu quatre visites en six mois pour des problèmes de santé dont les symptômes étaient présents depuis seulement 24 heures. Les parents ont une nette préférence pour leur médecin habituel si celui-ci est disponible en absence de rendez-vous. Ce qui semble important pour le parent c'est une consultation auprès d'un médecin compétent ou d'un pédiatre indépendamment du lieu de consultation.

L'étude de Woolfenden et al. (2000) avait pour but d'explorer les attitudes, les perceptions et les croyances parentales qui jouent un rôle dans l'utilisation des services d'urgence pédiatrique pour des enfants ayant une problématique de santé non-urgente. Cette étude de théorisation ancrée comporte des entrevues semi-structurées auprès de 25 parents. Les résultats indiquent que les parents ont développé leur propre système de triage afin de consulter le service approprié; et qu'ils utilisent l'urgence pédiatrique puisqu'elle comble leurs attentes, pour l'expertise qu'ils y retrouvent et leur accessibilité. Par ailleurs, les parents interprètent différemment la sévérité des symptômes de leur enfant en fonction de leur âge, leur rang dans la famille et l'histoire médicale de la famille. Les connaissances, l'expérience et la formation des professionnels de la santé en pédiatrie semblent jouer un rôle déterminant dans l'expertise perçue des parents. Les parents expliquent qu'ils se sentent coupables lorsque leur enfant est malade et qu'ils ont un devoir de les soigner, et ce, en utilisant la « meilleure » source de traitement disponible. L'expertise des pédiatres retrouvée à l'urgence pédiatrique répond à cette responsabilité. L'accessibilité est aussi un facteur important puisqu'ils ont noté leurs frustrations face aux services en dehors des heures « régulières ». Certains admettent

qu'ils préfèrent se rendre à l'urgence même durant le jour afin d'avoir accès à l'expertise. Finalement, les parents ont des attentes quant aux soins face à leurs enfants. Ils s'attendent à un examen complet, à une bonne communication avec les professionnels de la santé, à un partage d'information, à une explication claire de la condition de l'enfant et à de l'écoute. Enfin, les auteurs indiquent que le processus décisionnel des parents est dynamique et complexe et que les décisions divergent souvent de l'opinion des professionnels de la santé quant à l'utilisation appropriée de l'urgence.

La troisième étude repérée identifie les raisons d'utilisation des services d'urgence selon la perspective des utilisateurs tant dans un contexte de visite pédiatrique qu'adulte (Guttman et al., 2003). À partir d'un échantillon de 408 participants (331 pédiatriques et 77 adultes) et d'une méthode qualitative basée sur la théorie ancrée, les résultats indiquent que la plupart des enfants qui se présentent à l'urgence ont une assurance médicale (91%) et qu'ils mentionnent avoir un service de santé de première ligne qu'ils peuvent consulter (95%). Les résultats quant aux raisons d'utilisation des services d'urgence ont été regroupés sous trois grands thèmes : la conception des besoins, l'adéquation et la préférence pour l'urgence. En ce qui concerne les besoins, les parents expliquent qu'ils veulent soulager l'inconfort ou la douleur de l'enfant et qu'ils veulent avoir une opinion sur l'état de santé de l'enfant et être rassurés. Certains ont besoin de l'approbation médicale pour poursuivre diverses activités et d'autres mentionnent qu'ils se sentent responsables de la santé de leur enfant. Lorsqu'ils n'ont pas d'assurance médicale, qu'ils n'ont pas accès à des services de première ligne ou à leur médecin habituel ou que la situation est inquiétante pour eux, l'urgence devient le lieu de consultation privilégié. Finalement, l'accessibilité à une gamme complète de services et la croyance que le temps d'attente est plus court à l'urgence incitent les parents à utiliser ces services pour leurs

enfants. Au terme de cette étude, les auteurs ont identifié quatre groupes de parents soit :

- 1) ceux qui n'ont pas d'autres alternatives;
- 2) ceux qui préfèrent nettement l'urgence;
- 3) ceux qui consulteraient ailleurs et;
- 4) ceux qui considèrent les services d'urgence comme la meilleure option.

En identifiant à quel groupe le parent correspond, les professionnels de la santé sont en mesure d'intervenir soit pour :

- 1) suggérer d'autres ressources;
- 2) offrir des services diagnostiques dans les services de première ligne;
- 3) offrir des ressources qui pourront rassurer les parents rapidement ou;
- 4) informer les parents quant aux situations de santé qui sont urgentes.

Les auteurs concluent que ce qui influence les gens à consulter à l'urgence ne peut pas être résolu simplement par l'ajout de services de première ligne ou par des interventions d'enseignement tel que le suggèrent d'autres recherches recensées précédemment.

En somme, les trois études précédentes se sont inspirées d'une méthodologie qualitative qui permet de dégager la perspective parentale face à la prise de décision de consultation à l'urgence. Toutefois, les résultats de ces études ne semblent pas dégager clairement un processus décisionnel mais identifient plutôt des éléments qui influencent cette prise de décision. De plus, on reconnaît dans ces études l'expertise parentale qui doit être considérée lors des interventions mais les résultats ne permettent pas d'élaborer des interventions précises pour que les infirmières accompagnent ces parents dans leur processus décisionnel. De plus, aucune de ces études ne propose un modèle illustrant le processus décisionnel des parents.

### Le processus décisionnel des parents face aux soins de leurs enfants

Puisque les études mentionnées en regard de la prise de décision parentale face à la consultation à l'urgence sont peu nombreuses, nous avons recensé des études sur le

processus décisionnel en regard à d'autres situations de santé. Plusieurs de ces études ont exploré les décisions, surtout des professionnels de la santé. La recension a donc porté sur les processus décisionnels des parents en regard des soins de leurs enfants tant pour des soins critiques, chroniques que quotidiens. Ces études soulignent toutefois que les infirmières occupent une place de choix auprès des familles leur permettant de les accompagner dans leur décision face à ces diverses situations. Les études indiquent notamment que les parents traversent certaines étapes dans le processus décisionnel et qu'une meilleure connaissance de ce processus facilite les interventions des infirmières afin de soutenir les familles tout en répondant aux besoins tels qu'ils les identifient.

#### Le processus décisionnel des parents face à des situations de soins critiques

Higgins (2001) a utilisé une approche ethnographique pour décrire et identifier les préférences des parents dans leur rôle de prise de décision face à une transplantation cardiaque pour leur enfant en utilisant le modèle de Janis et Mann (1977) comme cadre de référence (appendice B), décrit aux pages 35 et 36. Au terme de l'analyse des entrevues de 24 parents, elle a identifié que le processus décisionnel parental varie d'un style autonome et indépendant à un style autoritaire et paternaliste. Ainsi, chaque parent utilise un style qui lui est propre et qui correspond à ses valeurs. Il devient primordial pour les professionnels de la santé de soutenir ces parents dans leur processus de prise de décision en favorisant une communication ouverte, en partageant l'information et en respectant la décision des parents quant au traitement choisi. Selon cet auteur, la décision doit être prise en collaboration avec les parents et l'équipe de soins doit s'ajuster au style décisionnel de chaque parent.

L'étude de Hinds et al. (1997) concernant des parents d'enfants atteints de cancer ayant à prendre des décisions face à leurs traitements permet aussi de réfléchir à l'intervention infirmière pour aider les parents dans leur prise de décision. Il s'agit d'une étude descriptive rétrospective auprès de 39 parents, 16 médecins, 3 infirmières et 2 représentants du service de pastorale de l'hôpital. Les conclusions principales de cette étude indiquent que les parents perçoivent les recommandations des professionnels de la santé comme un facteur important dans leur prise de décision. Pour les professionnels de la santé, la conviction que l'état de santé de l'enfant ne s'améliorera pas et les discussions avec les parents figurent parmi les facteurs déterminants dans leur prise de décision.

#### Le processus décisionnel des parents face à des situations de soins chroniques

Claassen (2000) propose un outil adapté d'un processus de prise de décision d'adultes par rapport à leur situation de santé pour aider les infirmières à bien évaluer les besoins des parents et offrir un soutien adéquat dans leur prise de décision quant aux soins de santé de leurs enfants aux prises avec un problème de santé chronique sévère (Pierce, 1997). Ce modèle de prise de décision comporte six étapes. La première est celle de la reconnaissance qu'une décision doit être prise. Si la personne ne reconnaît pas cette étape, l'intervenant doit décrire et recadrer le problème. En second lieu, il est question de connaître les alternatives possibles et lorsque la personne ne les reconnaît pas, l'intervenant doit donner plus de détails. Troisièmement, il s'agit de la recherche d'informations. Lorsque la personne n'entreprend pas l'approfondissement de ses connaissances, l'infirmière doit intervenir pour diminuer l'anxiété et augmenter les capacités cognitives de la personne en recadrant l'information. La quatrième étape comporte l'élaboration de stratégies ou de plan d'action. Cinquièmement, la personne

exprime son choix et, en dernier lieu, la personne évalue sa décision. Finalement, cet outil permet à l'infirmière de bien connaître les étapes dans la prise de décision d'un parent face à un problème de santé chronique et lui permet d'intervenir à certaines étapes pour faciliter le processus des parents.

#### La prise de décision des mères face à des situations quotidiennes reliées aux soins de base de l'enfant

Sullivan (1997) a voulu décrire le processus maternel de résolution de problèmes quotidiens dans l'expérience des mères avec leur enfant. Cette étude qualitative utilisant la théorie ancrée a recueilli des données auprès de 25 mères ayant des bébés âgés de deux semaines à sept mois. Le thème principal relevé lors de l'analyse était « d'apprendre le bébé », ce qui signifie de tenter de comprendre les besoins de l'enfant, d'agir en fonction de ceux-ci et d'observer les réactions. Ce qui dominait chez les mères quant à la résolution de problèmes était la réflexion systématique. Les mères croient que leur bébé envoie un signal précis et qu'elles ont la responsabilité d'apprendre ce que ce signal signifie.

L'étude de Gross et Howard (2001) a aussi exploré ce processus de prise de décision maternelle auprès de 114 mères à l'aide du HBM, du Cox's Interaction Model of Client Health Behavior (IMCHB) et du modèle de Janis et Mann (1977). Les décisions des mères sont basées sur leur perception du degré de sévérité de la situation, le degré de peur de la mère quant à la condition de l'enfant, l'attitude du pourvoyeur des services de santé, les expériences passées avec cette situation et le soutien social que reçoit la mère. Aussi, il a été noté que le processus de prise de décision de ces mères n'est pas significativement différent entre les primipares et les multipares.



En somme, ces études suggèrent qu'il est primordial pour les infirmières de connaître les styles décisionnels des parents puisqu'ils sont aux prises avec une situation qui leur demande de faire un choix qui aura une influence importante. De plus, nous pouvons stipuler que les parents procèdent à une réflexion systématique face à tout processus, et ce, même dans un processus de décision puisqu'il concerne leur enfant. Finalement, la collaboration des infirmières dans ce processus est aidante pour les parents car ils se sentent soutenus et peuvent communiquer ouvertement avec l'équipe de soins. Par contre, ces études examinent les processus décisionnels des parents face à des situations très spécifiques qui ne s'applique pas nécessairement à notre problématique. Il s'agit de situations où le problème de santé est identifié et la décision des parents implique souvent un choix de traitement ou face à des situations de vie quotidiennes et non relié à des problèmes de santé perçus urgents par le parent.

### Un modèle général de prise de décision

Plusieurs disciplines, surtout dans le domaine de la gestion, ont proposé des modèles de prise de décision. Celui de Janis et Mann (1977) (appendice B) apparaît particulièrement intéressant dans le cadre de notre démarche de recherche puisqu'il prend en considération les stratégies d'adaptation que valorise le modèle conceptuel de McGill auquel nous adhérons. De plus, il aborde le processus décisionnel de celui qui doit prendre une décision pour autrui.

Le modèle de prise de décision conflictuelle<sup>7</sup> établit une relation entre le stress psychologique vécu et le conflit décisionnel (Janis, & Mann, 1977). Les auteurs considèrent que les personnes, tout en tenant compte de leurs habiletés cognitives,

---

<sup>7</sup> Ce modèle est originalement appelé « Conflict Model of Decision Making ».

peuvent rarement prendre des décisions qui les concernent ou qui concernent leurs proches en se détachant de leurs émotions. Vu de la sorte, ce modèle pourrait refléter les étapes auxquelles un parent fait face quant à sa prise de décision pour consulter à l'urgence. Les étapes se résument ainsi : évaluer le défi, examiner les alternatives, évaluer les alternatives, délibérer sur l'engagement requis pour chaque alternative, et adhérer à un choix malgré la difficulté. Ces étapes du modèle de prise de décision conflictuelle incluent des stratégies d'adaptation qui sont destinées à s'appliquer sur toute prise de décision ayant une conséquence. Dans le contexte de notre recherche, la décision que prend un parent quant à la consultation à l'urgence peut mener à des conséquences des plus importantes puisqu'elle concerne le bien-être de son enfant. Fait à signaler, Janis et Mann (1977) abordent aussi la notion d'urgence, c'est-à-dire que la perception de l'urgence implique un facteur de temps qui augmente le niveau de stress. Toujours en tenant compte du contexte de notre étude, il est important de considérer le fait que le degré d'urgence perçu par les parents est probablement plus élevé que pour les professionnels de la santé et contribue à augmenter leur niveau de stress dans le processus de décision. De plus, il ne faut pas oublier que ces parents prennent une décision dans un contexte qui leur est particulier et sous l'influence de facteurs tels leurs valeurs tant personnelles, familiales et sociales ainsi que les ressources qui leur sont disponibles (Janis, & Mann, 1977; Padgett, & Brodsky, 1992). Janis et Mann (1977) soulignent que les expériences antérieures influencent aussi ce processus et que les acteurs se doivent de peser les avantages et les conséquences de leurs choix.

En conclusion, à travers l'analyse de toutes ces études axées sur l'utilisation des services d'urgence, nous sommes forcées de constater que différents systèmes et catégorisations de triage sont utilisés pour générer des statistiques de recours aux services

d'urgence. Par contre, il est possible d'identifier clairement les catégories qui réfèrent à des situations qui ne sont pas considérées urgentes. Il est à noter, toutefois, que dans aucune étude il est question d'indicateurs de fiabilité ou de validité de l'outil utilisé pour trier la clientèle. Ceci dit il est tout de même possible d'identifier divers facteurs influençant la consultation à l'urgence. Il s'agit de facteurs reliés aux conditions sociodémographiques des familles tel le revenu, le type d'assurance, le lieu de résidence, le type de famille et le niveau de scolarité des parents. Certaines études ont pu identifier des éléments reliés à l'accessibilité des services de première ligne ainsi qu'aux connaissances quant à l'utilisation des services d'urgence pour faciliter la compréhension du phénomène observé. De plus, les études inspirées de la perspective des utilisateurs ont relié les croyances et les perceptions des parents à leur comportement de consultation dans les services d'urgence. Par contre, le processus décisionnel face à la consultation dans les services d'urgence ne semble qu'émerger partiellement : les données permettent de pister les éléments présents dans le processus décisionnel, mais la relation entre ces éléments n'est pas étudiée en profondeur. Conséquemment, les études recensées sur le processus décisionnel n'offrent pas de modèle pouvant soutenir les infirmières dans leurs interventions. Les auteurs encouragent les chercheurs à explorer davantage cette problématique et cette constatation soutient notre étude quant à la pertinence de procéder à une étude qualitative visant à mieux comprendre ce phénomène afin de soutenir les infirmières dans l'élaboration d'interventions auprès de ces parents à l'aide d'un modèle qui reflète le processus décisionnel.

## CHAPITRE QUATRIÈME - MÉTHODOLOGIE

### Le devis

Il s'agit d'une étude qualitative exploratoire et descriptive sur le processus décisionnel des parents qui consultent à l'urgence. Puisqu'il existe peu de connaissances dans ce domaine, le caractère exploratoire permet d'approfondir l'étude de l'objet pour ensuite décrire le phénomène (Fortin, 1996). Ce type de devis permet de décrire l'expérience vécue des participants en fonction de leur expérience personnelle. Une telle approche permet ainsi de concevoir le sens d'un événement à partir du point de vue des acteurs et d'interpréter sa dynamique à partir de données empiriques recueillies et analysées systématiquement (Creswell, 1998; Huberman, et Miles, 1991; Laperrière, 1987; Paillé, 1994; Poupart, Deslauriers, Groulx, Laperrière, Mayer et Pires, 1997; Stern, 1985). Par ailleurs, les études exploratoires descriptives ne consistent pas à vérifier une théorie mais plutôt à développer des concepts et à comprendre les situations. Le côté qualitatif isole et définit d'importants concepts qui émergent de l'analyse des données et apportent une meilleure compréhension des phénomènes (Fortin, 1996).

### Le milieu de recherche

La recherche a été menée à l'urgence d'un centre hospitalier de la région métropolitaine de Montréal, affilié à l'Université de Montréal, où un nombre important de visites pédiatriques non urgentes ont lieu. Lorsque le projet a été proposé aux gestionnaires du milieu, elles ont accepté puisqu'il correspondait aux préoccupations exprimées par les infirmières de l'urgence face à cette clientèle.

Ce service d'urgence est destiné tant à la population pédiatrique qu'aux adultes. En moyenne, 20% de la population qui consulte ce service est une clientèle pédiatrique, et parmi eux, près du tiers ont entre deux et cinq ans. Précisons que l'évaluation au triage et

les soins attribués ne priorisent pas nécessairement les enfants par rapport aux adultes, mais bien en fonction du problème de santé pour lequel la clientèle se présente. Selon les données de SIURGE, le nombre de visites pédiatriques est variable au cours de la journée, mais subit une tendance légèrement à la hausse durant le quart de soirée, soit de 16h00 à minuit. Les données du recensement canadien en 2000 indiquent que 80% de la population immigrante de cette région est établie au Canada depuis au moins dix ans. De plus, 77% de la population totale de la région de Laval identifie le français comme langue maternelle.

Le fonctionnement de l'urgence est semblable à celui des autres centres hospitaliers de la région. La personne qui se présente doit d'abord rencontrer une infirmière au triage qui procède à l'évaluation de l'état de santé du client afin de lui attribuer un code de priorité. Lorsque la situation le permet, des données personnelles (ex. : adresse, numéro de téléphone, etc.) sont complétées avec une commis. Par la suite, la personne devra attendre dans la salle d'attente pour être examinée par le médecin en fonction de l'ordre de priorité attribué. Puisque plusieurs personnes se retrouvent dans la même catégorie, ils rencontrent le médecin par ordre d'arrivée. Lors du temps d'attente, les personnes ont toujours la possibilité de revoir une infirmière si leur situation se détériore ou si un changement se produit depuis le triage. Lorsque le temps d'attente est très long et que les ressources infirmières le permettent, une réévaluation systématique des patients de la salle d'attente a lieu afin de s'assurer que la priorité demeure la même. Suite à l'examen du médecin, la personne peut avoir à subir des radiographies, prises de sang ou autres examens, et selon les résultats, recevoir son congé, c'est-à-dire retourner à domicile avec les traitements appropriés, ou être hospitalisé.

### L'échantillon et les critères de sélection

Il s'agit d'un échantillon de convenance, composé de volontaires répondant à des critères de sélection pré-établis. Au total, 16 parents ont été approchés, 13 ont accepté et 12 ont participé à cette étude<sup>8</sup>. Trois parents ont refusé de participer à l'étude soit par manque de temps, soit par manque d'intérêt ou soit pour un refus d'un entretien à domicile. Dans un cas, le parent avait accepté de participer à l'étude, mais vu un conflit d'horaires et un délai trop long entre la visite à l'urgence et la rencontre à domicile, le parent a décidé de se retirer de l'étude.

Les critères de sélection nécessitaient que le participant soit le parent ou le tuteur légal de l'enfant qui s'est présenté à l'urgence. De plus, le parent éligible était celui dont l'enfant était classé dans les catégories de triage non urgentes (soit les catégories 4 et 5). Pour les fins de cette étude, ce critère a été établi en fonction de l'échelle canadienne de triage et de gravité utilisée dans ce centre hospitalier qui stipule que tout cas est jugé non urgent suite à l'évaluation de l'infirmière du triage lorsqu'il peut attendre pour l'évaluation d'un médecin sans risque de détérioration de l'état de santé. Pour assurer une certaine homogénéité de l'échantillon, les enfants pour qui les parents se sont présentés à l'urgence devaient avoir entre deux et cinq ans puisqu'ils sont, selon les statistiques de SIURGE, les plus nombreux parmi les cas jugés non urgents. Cette catégorie d'âge représente aussi les enfants d'âge préscolaire habituellement capables de verbaliser, comparativement aux bébés ou aux nouveau-nés. Aussi, la raison de consultation devait refléter les symptômes les plus fréquents d'un état de santé jugé non urgent, soit ceux d'un rhume (c'est-à-dire, rhinite, toux ou congestion nasale), mal d'oreille, irritation ou

---

<sup>8</sup> Prendre note qu'il est aussi important de considérer que ce projet est réalisé dans le cadre d'études de deuxième cycle universitaire.

démangeaison cutanée ou maux de ventre incluant nausée, vomissements et diarrhées. Seulement les parents qui ont répondu affirmativement à la question de résidence au Québec depuis cinq ans ou plus ont été retenus pour s'assurer qu'ils avaient une certaine connaissance du système de santé québécois. Par ailleurs, seul le parent ayant pris la décision de consulter à l'urgence a été interviewé. Dans le cas où la décision a été prise par les deux parents, ils ont dû s'entendre pour désigner un seul participant à l'étude<sup>9</sup>. Finalement, les participants devaient comprendre et s'exprimer facilement en français. La signature du consentement à l'étude par le parent interviewé était obligatoire.

#### Le processus de recrutement et la gestion des participants

Le recrutement des parents a eu lieu lors des journées où l'étudiante chercheuse était présente à l'urgence. Les moments de présence étaient variés en termes de jour de la semaine et d'heure de la journée pour assurer une variation des situations de recrutement. La période de recrutement s'est déroulée entre le 27 février 2004 et le 18 septembre 2004 pour une présence d'environ 215 heures étalées sur six mois et demi.

Les infirmières du triage ont préalablement participé à une séance d'information sur l'étude et les critères de sélection. Cette séance était organisée par l'étudiante chercheuse et la conseillère clinique en soins critiques du centre hospitalier. De plus, lors des périodes de recrutement, l'étudiante chercheuse se présentait aux infirmières du triage dès son arrivée à l'unité et leur fournissait un rappel sur l'étude et les critères de sélection. L'accueil et la participation des infirmières du service d'urgence étaient très aidants et la période de recrutement s'est déroulée dans un contexte de collaboration.

---

<sup>9</sup> Toutefois, lorsque les deux parents étaient impliqués dans la décision de consultation et que les deux conjoints étaient présents lors de l'entrevue, la rencontre se déroulait avec le parent désigné et parfois le conjoint participait à l'entretien.



Durant les périodes de recrutement, les infirmières attirées au triage avaient accès à une fiche de recrutement qui leur permettait d'identifier les parents pouvant participer à l'étude (appendice C). Suite à leur évaluation au triage, si les quatre premiers critères de sélection sur la fiche de recrutement étaient remplis, elles informaient les parents de l'existence de l'étude, leur remettaient le formulaire de consentement (appendice D) ainsi que leur fiche de recrutement, et les dirigeaient à l'étudiante chercheuse. Cette dernière était installée dans un endroit près de l'urgence où il était possible de discuter calmement et d'entendre l'appel pour être vu par le médecin. Dès ce premier contact, elle vérifiait tous les critères de sélection pour s'assurer de l'éligibilité des parents. Si celui-ci remplissait tous les critères de sélection, il était invité à prendre connaissance du projet en lisant, plus spécifiquement le formulaire expliquant l'étude tout en posant des questions à l'étudiante chercheuse. Elle y répondait et fournissait de plus amples renseignements quant à l'étude. Lorsque le parent acceptait de participer à l'étude, le formulaire de consentement était lu attentivement avec lui. La fiche d'identité (appendice E) qui permettait de contacter le parent pour l'entretien était complétée et une rencontre à domicile était fixée pour l'entrevue dans les deux à sept jours suivant la visite à l'urgence. Le parent pouvait signer le formulaire de consentement lors de cette première rencontre avec l'étudiante chercheuse à l'hôpital; ou si le parent préférait prendre le temps de relire le document avant de le signer, le consentement pouvait être signé avant le début de l'entrevue à domicile.

La journée avant la rencontre à domicile, un appel était logé pour confirmer l'heure de l'entrevue et, par le fait même, vérifier si le parent désirait toujours participer au projet. Cette rencontre à domicile d'une durée approximative d'une à deux heures permettait au parent de participer à un entretien avec l'étudiante chercheuse et de

compléter un petit questionnaire sociodémographique (appendice F). La plupart des rencontres avaient lieu dans la cuisine où la discussion se déroulait dans une atmosphère détendue et conviviale. Les parents étaient accueillants et semblaient confortables de recevoir la responsable de l'étude pour raconter leur histoire. Au terme de la rencontre, l'étudiante chercheuse rappelait au participant qu'il était possible qu'elle le contacte ultérieurement pour clarifier certains éléments lors de l'analyse de ses propos. Dans aucun cas, cela n'a été nécessaire.

Par ailleurs, les parents avaient accès, au terme de l'entrevue, à l'étudiante chercheuse, familière avec le contexte d'urgence pour répondre à leurs questions, leur fournir des informations concernant l'état de santé de leur enfant et recevoir des renseignements quant aux ressources disponibles pour gérer des situations semblables.

### Les méthodes de collecte des données

Nous avons procédé à la collecte de données en utilisant quatre méthodes soit, les entrevues, les notes d'observation, le questionnaire sociodémographique et le journal de bord.

1. Les entrevues. Les entrevues semi-structurées constituent la principale source de données pour cette étude. Tel que proposé par Stern (1985), cette méthode permet de guider et d'accompagner les parents, sur un ton de conversation, dans leur réflexion sur la situation telle qu'ils l'ont vécue. Un guide d'entrevue a été élaboré de façon à commencer avec des questions plus ouvertes pour ensuite avoir recours à des sous-questions permettant de préciser certains aspects (appendice G). Au cours de la collecte de données et suite à des discussions avec les directrices de recherche, le guide a été modifié en ajoutant une question en regard des sentiments vécus par le parent lors d'une situation de

santé avec leur enfant. L'entrevue était enregistrée sur bande audio pour des fins de transcription.

2. Les notes d'observation. Ce sont des notes que l'étudiante chercheure rédigeait succinctement lors de l'entrevue et en détail immédiatement après celle-ci afin de refléter le contexte de l'entrevue et mettre en perspective les propos enregistrés sur la bande audio. Ce type de notes permet de décrire le déroulement de l'entrevue, le milieu, les réactions du participant pendant l'entrevue et les impressions de l'étudiante chercheure face à l'entrevue et au participant. Elles ont été ajoutées directement aux transcriptions des entrevues pour mettre en contexte les données enregistrées sur la bande audio (appendice H).

3. Le questionnaire sociodémographique. Celui-ci a permis d'obtenir des données sociodémographiques pour décrire certaines caractéristiques des parents qui ont accepté de participer à l'entrevue (appendice F). Ainsi, nous avons été en mesure d'établir un profil sommaire des parents auxquels peuvent s'appliquer les résultats de cette étude descriptive exploratoire. De plus, ces données ont été utilisées à des fins comparatives lors de l'analyse.

4. Le journal de bord. L'étudiante chercheure a rédigé un journal de bord afin de garder une trace détaillée du déroulement de la recherche (Huberman, et Miles, 1991). Tout d'abord, une partie descriptive a permis de maintenir un registre des dates de rencontre pour chaque parent (date de recrutement, date de l'appel téléphonique et date de l'entrevue à domicile). La section méthodologique reflète le parcours de l'étude en détaillant les étapes du déroulement. Elle servait à décrire, par exemple, le processus de recrutement et les difficultés rencontrées, les décisions concernant les moments de

présence pour le recrutement, la collaboration avec les intervenants de l'urgence du centre hospitalier concerné et le processus d'analyse des données. Finalement, une section interprétative détaille le processus analytique de l'étude, c'est-à-dire les réflexions, les questionnements et les discussions avec les directrices de recherche concernant le développement des catégories et des thèmes de l'analyse qualitative et des modèles pour représenter le processus décisionnel des parents (appendice I).

### La gestion des données

L'étudiante chercheuse a développé un système afin d'organiser toutes ses données et permettre une méthode de travail structurée. Pour ce faire, chaque participant avait un dossier incluant les documents suivants : le questionnaire sociodémographique, la cassette audio de l'entrevue, la transcription du verbatim (tout ce qui est dit, incluant les sons tels que les rires, les pleurs, les soupirs et les hésitations) complétées par les notes d'observations de l'entrevue et les codes attribués au verbatim suite à la première analyse de l'entrevue. Tous ces documents étaient identifiés par le code d'identification du participant, la date d'entrevue, le titre du document et paginés. La transcription a aussi été numérotée ligne par ligne afin de faciliter le retraçage des verbatim lors de l'analyse.

Les deux premières entrevues ont été transcrites par l'étudiante chercheuse mais les autres ont été faites par une secrétaire expérimentée dans la transcription des verbatim. L'étudiante chercheuse vérifiait l'exactitude de chaque verbatim en réécoutant attentivement les cassettes audio et en apportant les ajustements et corrections nécessaires. Dans un deuxième temps, la transcription était annotée par l'étudiante chercheuse avec les notes d'observations. Par la suite, l'analyse des données était amorcée.

Finalement, pour bien gérer le processus d'analyse des données, divers dossiers ont été créés et structurés chronologiquement :

1. Le dossier des codes. Il s'agit de la liste des codes attribués lors de la lecture des transcriptions avec les verbatim qui s'y rattachent. Ce document a été créé dans un fichier Excel sous forme de tableau indiquant : 1) le code; 2) le numéro d'identification du segment du texte qui comporte la lettre identifiant le participant, la page et les lignes relatives au verbatim; 3) le segment de texte du verbatim et; 4) la définition attribuée au code (voir un extrait à l'appendice J).

2. Le dossier des catégories. Il s'agit de la liste des catégories construites lors de l'analyse avec leurs définitions et la description du sens ainsi que les codes qui s'y rattachent. Ceci a été fait avec le logiciel Word (voir un extrait à l'appendice K).

3. Le dossier des thèmes. Il s'agit d'un document Word comportant chaque thème émergent. Pour chacun de ces thèmes, la définition était donnée avec les éléments qui permettaient de préciser le thème identifié à partir des codes et des catégories. Pour bien illustrer chaque thème, des verbatim qui détaillaient la signification de celui-ci ainsi qu'un résumé d'une situation telle que décrite par un participant permettait de mieux comprendre le thème. Chaque thème était ensuite interprété en fonction du lien avec les autres thèmes et élaboré en ayant recours à la littérature (voir un extrait à l'appendice L).

4. Le dossier de modélisation. Ce dossier regroupe les représentations et les modèles développés permettant d'illustrer la mise en relation des thèmes construits. Par exemple, on y retrouve des représentations sous forme de schémas ou de métaphores pour rendre compte du processus décisionnel (voir un extrait à l'appendice M).

### L'analyse des données

Une des principales caractéristiques de l'analyse des données en recherche qualitative est la possibilité d'amorcer la collecte et l'analyse des données presque simultanément (Creswell, 1998; Paillé, 1994). Dans cette recherche, l'analyse a débuté durant la phase de collecte de données, puisque l'étudiante chercheuse procédait rapidement à la transcription des données puis à leur codification. Dans l'ensemble, les quatre premières entrevues ont servi principalement à identifier les codes (premier niveau d'analyse) à partir desquels une synthèse a été effectuée afin de faire ressortir les catégories (regroupement analytique de codes). L'analyse des entrevues suivantes servait à compléter la liste des codes, à revoir et à raffiner les catégories et à en développer de nouvelles à travers un retour constant aux codes et aux catégories déjà identifiés. Ceci a permis d'assurer une continuité des analyses au fil des entrevues individuelles et une mise en relation des idées émergentes. Les thèmes principaux décrivant le processus décisionnel des parents étaient constitués de la synthèse et de la mise en relation des catégories, lorsque ces dernières étaient considérées suffisamment riches de sens considérant les données disponibles.

De façon concrète, l'analyse s'est déroulée comme suit. Dans un premier temps, une lecture complète de chaque verbatim a permis de dégager un sens général et repérer les principales idées exprimées (Gendron, 2001). Par la suite, le texte était segmenté en unités de sens et codé. Le code constitue l'idée ou l'élément exprimé dans le segment du texte. Ce processus de segmentation-codification constitue la phase de « décontextualisation » telle que proposée par Tesch (1990). Elle est effectuée suite à diverses lectures du verbatim, afin d'explorer les propos sous divers angles. Par exemple, une lecture selon le contenu a permis de nommer les propos tels que formulés par les

participants; et une lecture selon la forme a souligné la manière dont les participants expriment leur propos soit par des métaphores ou des terminologies particulières (Coffey, & Atkinson, 1996). Cette première phase de l'analyse en était donc une de synthèse générale et de « découpage » de chaque texte en segments permettant de dégager et identifier les unités de sens.

L'étape suivante consistait à regrouper des codes se référant à une même idée plus générale afin de créer des catégories par voie de comparaison constante. Il s'agissait de considérer un code à la fois et de déterminer, sur une base comparative, à quel groupe de codes il appartenait afin de créer une catégorie qui pouvait ou non comporter des sous-catégories (Lincoln, & Guba, 1985). Puisque chaque code se référait à un segment de texte du verbatim, cette organisation des codes en catégories ou sous-catégories permettait donc de « recontextualiser » les données en fonction d'une nouvelle signification (Tesch, 1990). Cette étape, qui a été effectuée à partir de la quatrième entrevue, vu la nécessité d'une certaine richesse de données, est le portrait d'un niveau de réflexion conceptuelle supérieure à la codification. Par la suite, ces catégories ont été regroupées ou mises en relation pour constituer des thèmes. Ces thèmes renvoient aux dimensions principales du phénomène à l'étude. Évidemment, il a été possible de procéder à cette étape seulement vers la fin de l'analyse, c'est-à-dire près de la dixième entrevue, puisque la construction de thèmes significatifs requiert beaucoup plus de données empiriques. C'est également à la fin de ce stade qu'il était plus aisé d'aborder le développement d'un modèle à travers la mise en relation des thèmes ou des catégories. Il s'agissait là non seulement d'effectuer une synthèse des données, mais de construire une représentation qui a permis de dégager une interprétation et un sens nouveaux qui enrichissent notre compréhension et renouvellent notre capacité de concevoir l'intervention (Gendron, 2001). Cette étape de

l'analyse a été grandement appuyée par l'écriture de mémos puisqu'à travers ceux-ci nous avons construit les interprétations nécessaires lors d'une analyse qualitative.

Finalement, toutes ces étapes renvoient à une sorte de structure quasi pyramidale où les thèmes principaux sont le résultat de la mise en relation des catégories et de leurs sous-catégories ainsi que des codes qui y sont rattachés. Par contre, la modélisation a permis d'approfondir le processus interprétatif. Pour bien cerner le modèle, les thèmes devaient être synthétisés et interprétés afin de donner un sens qui permettait d'élaborer un modèle qui correspondait aux expériences décrites par les participants. Le processus interprétatif impliquait des discussions avec les directrices de recherche pour alimenter la progression des interprétations en stimulant l'écriture. De plus, la mise en relation de thèmes suggère parfois de nouveaux sens qui requièrent un retour constant aux données recueillies lors des entrevues.

Il est important de mentionner que l'analyse n'a pas été faite de façon linéaire et que, tout au long du processus, il y a eu un retour constant pour comparer les codes et les catégories émergentes à celles identifiées préalablement. Lors de l'analyse, l'étudiante chercheuse se référait aux codes et aux catégories déjà développées afin de créer des nouvelles catégories, clarifier certaines catégories ou sous-catégories dans le but de mettre en relation tous les codes identifiés. Par ailleurs, elle s'est inspirée du modèle de Janis et Mann (1977) et du HBM présentés plus tôt (p.27) pour élaborer certains codes, catégories et thèmes tout en demeurant fidèle aux données empiriques recueillies lors des entrevues afin de développer une compréhension plus spécifique du phénomène à l'étude.

Enfin, nous avons fait usage des données sociodémographiques recueillies pour comparer les codes et catégories développés selon des caractéristiques qui pourraient faire



varier le phénomène étudié, dont notamment l'âge de l'enfant ainsi que la situation et le revenu familial. Il importe aussi de spécifier que nous avons orienté l'analyse vers la recherche de dimensions ou caractéristiques qui différencient les participants et leur expérience vécue. Pour décrire le processus, nous étions en quête de profils différents pour approfondir notre compréhension du processus décisionnel des parents.

Dans le cadre de ce projet, les directrices de recherche ont été impliquées dans toutes les étapes de l'analyse. Elles ont lu attentivement tous les verbatim, participé au processus d'analyse ainsi qu'à la mise en relation des thèmes pour le développement du modèle à travers des rencontres fréquentes, des discussions multiples et un appui dans l'identification de littératures pertinentes.

#### Les critères de qualité

Toute étude se doit de respecter des critères reflétant la rigueur méthodologique. Il importe de garder en tête qu'une étude qualitative tente de développer notre compréhension d'un phénomène social et complexe et que les fondements à sa base diffèrent de la recherche quantitative. C'est ainsi que nous avons adopté trois critères de qualité tels que proposés par Strauss et Corbin (1998), Stern (1985), Guba et Lincoln (1989) ainsi que Chenitz et Swanson (1986), soit ceux de l'imputabilité procédurale, de la transférabilité et de la crédibilité.

L'imputabilité procédurale renvoie à la description détaillée du déroulement de la recherche, incluant les processus de sélection et de recrutement des participants et de collecte et d'analyse des données. Ce critère est assuré par l'étudiante chercheuse qui a rédigé un journal de bord méthodologique, lequel a servi à des discussions régulières avec les directrices de recherche afin d'assurer un processus de recherche réfléchi et rigoureux

et aider à la prise de décision pour ajuster les méthodes au fil de la progression du projet. Grâce à cet outil, et malgré le peu de contrôle sur les conditions initiales et les éléments pouvant influencer le phénomène à l'étude, un autre chercheur devrait pouvoir comprendre le processus de recherche adopté, le « reproduire » et obtenir des résultats comparables, dans un milieu comparable. De plus, ce rapport du mémoire garantit, en soit, une forme d'imputabilité procédurale puisqu'il est rédigé en fonction du journal de bord.

La transférabilité concerne la possibilité de transférer les résultats d'une étude donnée à d'autres contextes et acteurs ayant des caractéristiques semblables. Selon Stern (1985), les facteurs influençant le déroulement d'un processus étudié peuvent varier, mais l'essence même du processus demeure, et c'est à partir de ce raisonnement que l'on peut extrapoler des savoirs à une situation comparable. Pour répondre à ce critère, l'étudiante chercheuse a décrit de façon détaillée le contexte de la recherche et les caractéristiques des participants. Cette description permet aux lecteurs de la recherche de déterminer si les résultats de l'étude sont transférables à une autre population dont le contexte et les caractéristiques sont semblables (Guba, & Lincoln, 1989).

Le critère de crédibilité renvoie à la notion de validité interne de la recherche qualitative selon Chenitz et Swanson (1986). Il est le reflet du degré de correspondance entre les résultats de l'étude et les réalités des participants. Pour répondre à ce critère, des discussions avec l'équipe d'infirmières de l'urgence et la conseillère clinique en soins critiques du centre hospitalier concerné ont permis de vérifier la crédibilité des résultats de l'analyse puisque celles-ci ont pu les mettre en lien avec leur expérience auprès de ces parents. L'expérience de recherche de la codirectrice de ce projet de mémoire, auprès des familles avec des enfants ayant des problèmes de santé, est aussi considérée afin de

confirmer les résultats de notre analyse. Finalement, la crédibilité a également été assurée par le retour constant à la littérature disponible pour mettre en perspective les résultats de notre analyse.

### Les considérations éthiques

L'étude a été approuvée par le Comité d'éthique de la recherche en sciences de la santé de l'Université de Montréal (CERSS) et par le Comité d'éthique de la recherche du centre hospitalier concerné.

Les participants de l'étude ont été informés de l'étude, de son but, de son déroulement et de leur implication requise par l'entremise du formulaire de consentement (appendice D), qui a fait l'objet d'une discussion avec l'infirmière responsable de la recherche lors de la première rencontre. Ils ont été respectés dans leur choix de participation ou non à l'étude et ils pouvaient se retirer en tout temps du projet sans que cela porte préjudice aux soins auxquels ils ont droit. Ils ont été assurés de la confidentialité des données puisque des codes ont été utilisés à titre d'identificateurs lors de la collecte des données, de l'analyse et la rédaction des résultats. La fiche d'identité sur laquelle figure le code d'identification, le nom, l'adresse et le numéro de téléphone (les coordonnées permettant de joindre les participants pour l'entrevue à domicile) ainsi que la fiche de recrutement et le formulaire de consentement signé ont été gardés dans un classeur sous clef dans le bureau de l'étudiante chercheure, séparément des documents de la recherche, afin que l'identité des participants soit gardée confidentielle. Les questionnaires sociodémographiques, les transcriptions des entrevues ainsi que les bandes audio étaient placées dans un endroit sécuritaire où seules les directrices et l'étudiante chercheure avaient accès. La fiche d'identité et la fiche de recrutement seront détruites dès

la fin de la rédaction de la recherche. Les bandes audio ainsi que les autres documents recueillis (formulaire de consentement, questionnaire sociodémographique et transcriptions des entrevues) seront détruits un an après la production du rapport de recherche.

## CHAPITRE CINQUIÈME - RÉSULTATS

### Les participants de l'étude

Dans le cadre de cette étude, 12 parents ont été interviewés entre février 2004 et septembre 2004. Parmi les participants, sept sont des mères et cinq sont des pères. Quant au type de familles, nous avons rencontré huit familles nucléaires, deux familles reconstituées et deux familles monoparentales. Neuf familles comptent deux enfants ou plus. Le niveau de scolarité des parents se répartit comme suit : cinq ont des études universitaires, quatre de niveau collégial et trois ont une scolarité de niveau secondaire. Le revenu annuel net de la famille se situe à 80 000 \$ et plus pour cinq familles, entre 40 000 \$ et 79 999 \$ pour trois familles, entre 20 000 \$ et 39 999 \$ pour une seule famille et à moins de 20 000 \$ pour trois familles, dont les deux familles monoparentales.

En termes de lieu et de moment de consultation, l'échantillon est relativement varié. Sept parents se sont rendus à l'urgence en soirée, soit entre 18h00 et 23h30. Bien que l'achalandage dans les salles d'urgence soit généralement plus important en soirée, il a été possible de recruter cinq parents qui se sont présentés durant la journée. De plus, seulement deux des douze participants ont consulté durant la fin de semaine, malgré la présence régulière de l'étudiante chercheuse à ces périodes. Les caractéristiques sociodémographiques des participants ainsi que leur distribution selon le lieu et le moment de consultation sont présentés au Tableau I.

Les ressources utilisées par chaque famille pour appuyer leur processus de décision sont également documentées au Tableau I. Dix des douze familles ont un pédiatre ou un médecin de famille qui assure le suivi de l'enfant, mais aucun n'a tenté de consulter son médecin pour le problème avec lequel ils se sont présentés à l'urgence. Par contre, onze familles pouvaient identifier une clinique accessible où ils avaient déjà

	A	B	D	E	F	G
<b>Parent</b>	Père	Mère	Mère	Mère	Père	Mère
<b>Type de famille</b>	Nucléaire	Nucléaire	Nucléaire	Reconstituée	Monoparentale	Reconstituée
<b>Âge de l'enfant</b>	2 ans	2 ans	4 ans	3 ans	2 ans	2 ans
<b>Rang / Nombre d'enfants</b>	1 / 2	2 / 2	2 / 3	4 / 5	2 / 2	3 / 3
<b>Scolarité</b>	Collégial	Universitaire	Universitaire	Secondaire	Secondaire Non complété	Collégial
<b>Revenu</b>	40000\$-79000\$	+ 80000\$	40000\$-79000\$	- 20000\$	- 20000\$	+ 80000\$
<b>Médecin de famille ou pédiatre</b>	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Oui
<b>Consultation avant visite à l'urgence</b>	Oui	Oui	Non	Non	Non	Oui
<b>Info-Santé avant visite à l'urgence</b>	Non	Non	Oui	Oui	Non	Non
<b>Heure</b>	18h00	14h00	23h00	23h30	22h30	14h00
<b>Jour</b>	Mardi	Mardi	Samedi	Lundi	Mercredi	Lundi

	H	I	J	K	L	M
<b>Parent</b>	Père	Père	Mère	Père & Mère	Père & Mère	Mère
<b>Type de famille</b>	Nucléaire	Nucléaire	Nucléaire	Nucléaire	Nucléaire (foyer d'accueil)	Monoparentale
<b>Âge de l'enfant</b>	3 ans	3 ans	4 ans	3 ans	2 ans	2 ans
<b>Rang / Nombre d'enfants</b>	3 / 4	1 / 1	1 / 1	2 / 2	1 / 1	2 / 2
<b>Scolarité</b>	Collégial	Universitaire	Secondaire III	Universitaire / collégial	Collégial / universitaire	Secondaire IV
<b>Revenu</b>	+ 80000\$	+ 80000\$	20000\$-39000\$	+ 80000\$	40000\$ - 79000\$	- 20000\$
<b>Médecin de famille ou pédiatre</b>	Oui	Oui	Non	Oui	Oui	Oui
<b>Consultation avant visite à l'urgence</b>	Oui	Non	Non	Oui	Non	Oui
<b>Info-Santé avant visite à l'urgence</b>	Non	Non	Non	Non	Non	Oui
<b>Heure</b>	19h00	10h15	14h20	16h20	18h25	18h20
<b>Jour</b>	Mardi	Lundi	Mardi	Mardi	Mardi	Mardi

Tableau I – Tableau des participants

consulté avec leur enfant, et six ont eu recours à ces cliniques avant de se rendre à l'urgence. Parmi toutes les familles rencontrées, tous connaissent et ont déjà utilisé le service de consultation des infirmières de la ligne Info-Santé, mais seulement trois parents ont contacté Info-Santé préalablement à leur consultation à l'urgence. Finalement, les services cliniques des CLSC sont peu connus et utilisés par les familles. Quatre des douze familles se sont déjà rendus à leurs CLSC pour un problème de santé antérieur avec l'enfant et un seul parent avait consulté auprès d'un CLSC avant de se rendre à l'urgence au moment de cette étude.

En bref, l'échantillon est principalement constitué de familles biparentales, ayant plus d'un enfant et dont le revenu annuel net est plus de 40 000 \$. Une majorité de parents ont une scolarité de niveau collégial ou plus. Peu de participants proviennent de strates de population de niveau socio-économique plus faible et moins scolarisés.

#### Le processus décisionnel des parents

Les analyses ont permis de concevoir un modèle illustrant le processus décisionnel des parents face à leur consultation à l'urgence pour un problème de santé non urgent chez leur enfant. Dans l'ensemble, les données indiquent que la consultation à l'urgence est le résultat d'un choix réfléchi en fonction des perceptions parentales et de l'expérience vécue : tous les parents rendent compte d'un processus décisionnel qui les ont menés à consulter à l'urgence. Toutefois, il existe une différence quant au parcours d'utilisation des ressources menant à une consultation à l'urgence et c'est à travers les variations de perceptions et d'attentes parentales que ce cheminement s'explique.

La présentation des résultats est structurée comme suit : il sera d'abord question des expériences notées chez tous les participants de l'étude et qui influencent leur



processus décisionnel. Par la suite, les analyses seront différenciées selon que les parents ont directement consulté à l'urgence ou qu'ils ont préalablement consulté en clinique ou en CLSC avant de se rendre à l'urgence. Ces deux parcours permettent de distinguer le processus décisionnel des parents selon quatre thèmes. Ces thèmes seront présentés individuellement tout en faisant ressortir la variation entre les deux groupes. Il s'agit là de points d'ancrage qui peuvent s'avérer pertinents pour les infirmières de triage dans les salles d'urgence afin qu'elles puissent orienter leurs interventions auprès des parents. Au terme de ce chapitre, la synthèse des résultats sous forme de modèle servira de base pour alimenter la discussion et les recommandations.

#### Les dimensions du processus décisionnel présentes chez tous les participants

Certains éléments ont été mentionnés comme influençant le processus décisionnel de tous les parents que nous avons rencontrés durant l'étude.

1. La souffrance. Tout d'abord, les parents notent une souffrance chez leur enfant et ainsi ont tendance à percevoir la situation comme nécessitant une consultation médicale immédiate. En effet, les parents indiquent qu'ils se sentent très inconfortables et impuissants devant la souffrance de leur enfant et veulent y remédier rapidement.

« Ben c'est sûr que je le voyais qui souffrait là, je voulais que tout de suite qu'il ait quelque chose là. »

2. Le jeune enfant. Par ailleurs, les parents expriment qu'il est plus difficile de préciser le problème chez le jeune enfant qui est incapable de s'exprimer clairement. Ils se sentent moins capables de cerner le problème, car sa description est plus vague. Ceci entraîne une volonté de consulter puisque l'enfant n'est pas en mesure d'expliquer adéquatement ce qu'il ressent.

« Pis là y est pas capable de vraiment définir son mal, fait que c'est surtout ça qui m'a inquiété. »

« C'est des enfants, ils nous diront pas exactement comment qu'ils se sentent. »

3. L'enfant est une priorité. Quand les parents décident de consulter à l'urgence pour leur enfant, ils s'attendent à être traités rapidement. Pour les parents, leur enfant devrait être une priorité par rapport aux adultes.

« C'est des enfants puis tu attends en ligne avec une série d'adultes ou une cinquantaine d'ambulances. Tu sais, des fois tu les vois qui entrent coup sur coup puis que... oui finalement, tu es un code trois, mais il entre des codes deux et des codes un. Un enfant n'a pas la patience, puis c'est fait fort, c'est endurant c'est vrai, mais en même temps il n'a pas la patience et la résistance d'un adulte. Il n'a pas la compréhension de la chose. »

« Tu ne fais pas niaiser un enfant dans une salle d'attente. »

4. Le temps d'attente. Autre élément, les parents mentionnent que le temps d'attente est un élément à considérer lors de leur prise de décision de consultation à l'urgence. La majorité des parents sont conscients que leur temps d'attente à l'urgence est plus long que dans les cliniques.

« Puis attendre à l'urgence c'est pas « l'fun » c'est très long. »

Les parents mentionnent aussi que le choix parmi les cliniques dépend principalement du temps d'attente.

« Si à ma clinique il y a trop de monde, je vais à l'autre. »

« La raison pourquoi on est allé là c'est parce que vu que c'est une nouvelle clinique il y a un peu moins de monde. »

Quant à la gestion du temps d'attente dans les cliniques, les parents apprécient le fait que lors d'une visite à la clinique, ils peuvent laisser la carte d'assurance-maladie de l'enfant, tout en gardant leur priorité d'arrivée et retourner à domicile pendant le temps d'attente. Ce système répond mieux à la gestion du temps des parents et leur offre une alternative.

« Je donne ma carte, je ne suis même pas obligée d'attendre dans la salle d'attente. Je reviens à la maison puis je retourne à l'heure. »

Mais en fin de compte, malgré les efforts des parents pour consulter à l'endroit où le temps d'attente est le moins long et le mieux adapté à leurs besoins, ils expriment de la frustration et de l'insatisfaction face au fait qu'ils doivent attendre alors que leur enfant est malade.

« T'attends, puis t'attends, puis t'attends en « maudine », c'est ça qui est fâchant. »

5. Reprendre ses activités quotidiennes. Dans un autre ordre d'idées, la consultation à l'urgence constitue une démarche pour prendre en contrôle la situation afin de permettre au parent ou à la famille de réorganiser ses activités quotidiennes. Par exemple, certaines garderies appliquent des politiques relativement strictes lorsque l'enfant a un problème de santé. Il leur arrive parfois d'exiger des parents qu'ils consultent un médecin avant de pouvoir retourner l'enfant à la garderie.

« Puis là, ils veulent plus l'avoir à la garderie. Tu n'as pas le choix d'aller à la clinique pour faire évaluer. »

La consultation est aussi une démarche qui vise à trouver rapidement une solution pour limiter le taux d'absentéisme du parent au travail.

« Manquer une journée de travail, ça a des implications. »

Il va sans dire que pour chaque parent dont l'enfant est malade et qui décide de consulter, la situation familiale est perturbée et nécessite une réorganisation.

« C'est sûr qu'on en a deux autres, fait qu'il y a une logistique qu'il faut qui se fasse. Par exemple, moi c'est sûr si je vais à l'hôpital, lui il va s'occuper de finir plus tôt, de venir chercher les enfants, il va faire le souper, il va s'occuper du reste pour que moi je puisse aller à l'hôpital avec le petit. »

Dans certains cas, il arrive que plus d'un enfant soit malade et, dans cette optique, la consultation a pour but de régler la situation pour tous les enfants à l'intérieur d'une seule visite afin d'éviter de consulter plusieurs fois.

« Mais vu qu'elle était là en même temps, elle a fait vérifier l'autre en même temps. »

6. Le réseau de ressources médicales. Au cours des analyses, il a été constaté que tous les parents ont un réseau de ressources médicales assez bien développé. Toutefois, leur utilisation ne semble pas systématique puisque, dans cette étude, la moitié des parents ont eu recours à l'urgence sans avoir nécessairement eu recours aux ressources médicales disponibles dans leur réseau. Lors des problèmes de santé non prévisibles, ils n'ont pas le réflexe de contacter leur pédiatre ou médecin de famille pour un rendez-vous.

« Quand on allait voir un pédiatre, mais c'était pour les rendez-vous qu'on appelle obligatoires. »

De plus, le service téléphonique de consultation infirmière d'Info-Santé est plutôt utilisé par les parents pour obtenir de l'information que pour prendre une décision de consultation. Les exemples suivants indiquent que la décision des parents est soit déjà prise et qu'ils cherchent une confirmation de la nécessité de consulter; ou que leur description de la situation ne laisse pas d'autre choix à l'infirmière d'Info-Santé que de suggérer de consulter immédiatement.

« Elle [l'infirmière d'Info-Santé] peu importe [ce qu'elle me dit] moi je vais y aller pareil [à l'urgence] »

« Il pleurait alors c'est encore plus de sang qui coulait [de ses yeux]. Là j'ai appelé Info-Santé. Là on m'a dit va à l'hôpital »

7. Le réseau de soutien familial et social. En ce qui concerne le réseau de soutien familial et social, tous les parents ont pu mentionner un membre de leur entourage qu'ils consultent lorsqu'un problème de santé survient avec un enfant. Toutefois, les opinions des parents sont très variées quant à l'influence qu'ont ces personnes sur la décision de consultation et les analyses n'indiquent pas de profil particulier chez ces personnes. Les personnes identifiées par le parent dans le réseau de soutien sont les grands-parents, les membres de la famille élargie, plus particulièrement ceux qui travaillent dans le réseau de la santé et les amis ayant des enfants. Les exemples suivants illustrent la variation de l'influence des grands-parents dans la prise de décision. Pour certains parents, elle est indispensable. L'expérience et le vécu des grands-parents les rendent crédibles.

« Je lui demande habituellement son opinion à savoir si c'est normal ou bien s'il y a de quoi parce que justement elle a une certaine expérience de plus que moi. Veut, veut pas, elle nous a eu, elle en a eu plusieurs qu'elle a côtoyé, fait que ça lui donne une expérience qui peut être quand même assez acceptable. »

Par contre, certains parents considèrent que les grands-parents utilisent des méthodes dépassées, qu'ils sont souvent trop émotifs et qu'ils s'inquiètent rapidement lorsqu'un problème de santé survient avec les enfants.

« Les personnes âgées j'ai plus tendance à penser qu'ils sont, en tout cas, ils n'ont plus la même façon que nous on a de traiter nos enfants qu'eux avaient. »

En somme, les éléments présentés jusqu'à maintenant permettent de mieux cerner des éléments du contexte qui influencent le processus de prise de décision parentale. Il s'agit de la souffrance pouvant être présente chez l'enfant, de son jeune âge qui ne lui permet pas de s'exprimer clairement, de la priorité qui devrait lui être accordée lors de consultation à l'urgence, du temps d'attente, de la reprise des activités quotidiennes des parents et de la famille, de l'utilisation et du recours au réseau de ressources. Par contre, ces éléments ne différencient pas les deux groupes de parents qui présentent un parcours différent avant de consulter à l'urgence et dont la différenciation permet de mieux comprendre le processus décisionnel de consultation à l'urgence pour un problème non urgent.

### Deux parcours distincts de recours aux services d'urgence

Deux groupes de parents se distinguent dans leur cheminement de prise de décision face à la consultation à l'urgence avec leur enfant. Le premier groupe de parents décide de consulter directement à l'urgence alors que l'autre groupe se rend dans une

clinique ou un CLSC pour ensuite consulter à l'urgence. Pour bien exposer ces parcours, un scénario type décrivant la situation telle qu'exprimée par les parents de chacun des groupes sera présenté. Ensuite, une comparaison entre les deux groupes sera effectuée, en fonction de quatre thèmes qui permettent de distinguer le parcours de recours aux services d'urgence par les parents. Les résultats indiquent que la perception de la gravité de la situation, la perception de contrôle, la perception de l'adéquation des ressources et les attentes du parent influencent le processus décisionnel. C'est à travers ces distinctions que nous présenterons un modèle qui permettra de mieux comprendre le processus décisionnel des parents et qui peut servir de point de repère pour l'intervention infirmière au triage des services d'urgence.

### Deux scénarios types

1. Le cas de parents qui consultent directement à l'urgence. L'enfant présente des symptômes soudains qui ne font pas référence à une situation déjà vécue dans le passé soit par lui ou par un autre enfant de la famille. Le parent n'ayant pas de barème de référence perçoit que les conséquences de ce qu'il observe peuvent être très graves pour son enfant. Face à cette situation, le parent vit des émotions intenses, principalement de l'inquiétude. Il se sent peu en contrôle de la situation et ne sait pas quoi faire pour aider son enfant. Il juge que le professionnel de la santé est la personne la plus qualifiée pour aider son enfant et décide de consulter rapidement. En consultant, le parent dit exercer sa responsabilité parentale en trouvant ce qu'il y a de mieux pour son enfant. Ce parent agit en fonction du principe « de ne pas prendre de chance », puisqu'il juge que la situation est grave, qu'il n'a pas la capacité de la gérer, et qu'il doit minimiser les risques de conséquences graves. Malgré les ressources disponibles, ce parent choisit de se rendre directement à l'urgence

car il a besoin, selon lui, d'une ressource médicale accessible immédiatement et qui offre tous les services qui pourraient être nécessaires pour soigner l'enfant. Quant aux attentes de ce parent, elles sont d'abord de s'assurer que l'enfant sera bien pris en charge et que les professionnels de la santé vont pouvoir le rassurer face au problème.

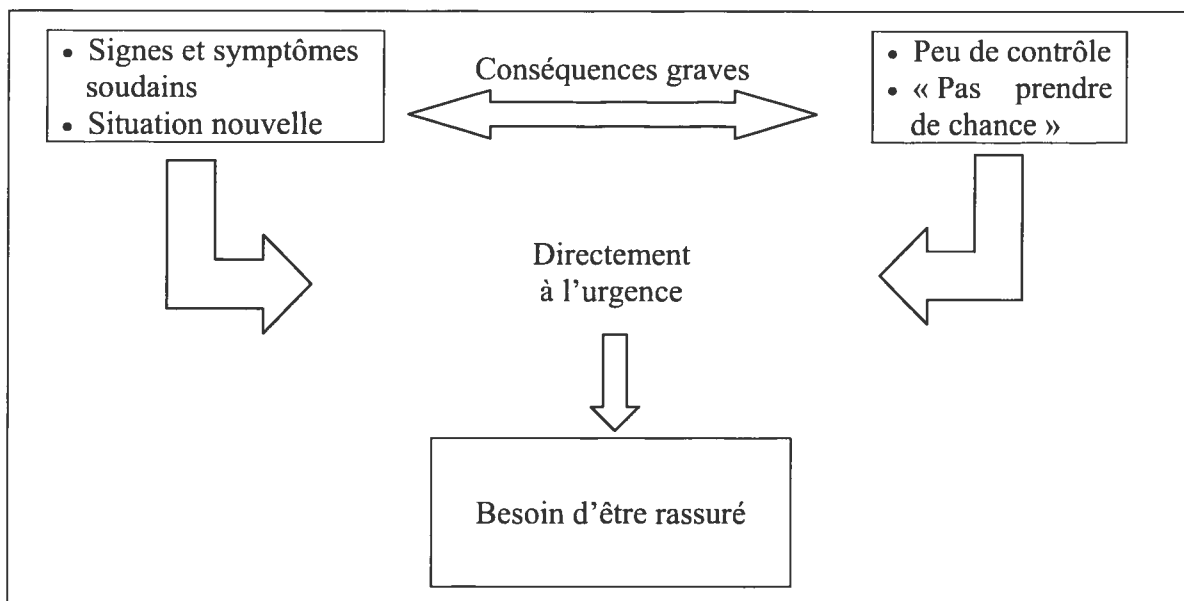


Figure 1 – Visite directe à l'urgence

2. Le cas de parents qui consultent avant de se rendre à l'urgence. L'enfant présente des symptômes depuis quelques jours, et malgré les traitements prodigués par le parent, ses symptômes ne s'améliorent pas. Ce problème de santé représente une situation déjà vécue par le parent et c'est à partir de cette expérience qu'il est en mesure de gérer le problème sans consulter immédiatement. Souvent, les symptômes sont ceux associés à un problème de santé déjà diagnostiqué qui expose le parent plus fréquemment à de telles situations de santé. Ce parent exprime qu'il est celui qui connaît le mieux son enfant, et qu'à partir du moment où il décide de consulter, c'est qu'il évalue qu'il a besoin de l'expertise d'un médecin. Sa consultation n'est pas la résultante d'un sentiment de perte de contrôle. Au contraire, ce parent se sent très capable de gérer la situation, mais ses



observations lui permettent de reconnaître que le professionnel de la santé sera en mesure de lui offrir des traitements plus spécifiques (ex. un antibiotique). Ce parent juge donc adéquat de consulter en clinique dans un premier temps puisque la situation, à son avis, ne requiert pas d'urgence. Toutefois, suite à sa consultation en clinique, ce parent se fait dire que la visite à l'urgence serait la prochaine étape qui permettrait de faire plus d'investigations pour trouver la source réelle du problème s'il persiste. Étant aux prises avec cette situation depuis quelques jours et croyant alors que l'enfant nécessite des traitements plus poussés, le parent décide enfin de consulter à l'urgence. Lorsqu'il se présente à l'urgence, ce parent a des attentes très claires : trouver des solutions qui lui permettront de régler le problème. Il s'attend à ce que l'enfant subisse des tests plus poussés et qu'au congé, un traitement et un diagnostic clairs soient posés. En somme, ce parent se sent toujours en contrôle de la situation et utilise les ressources afin de régler le problème de santé de son enfant.

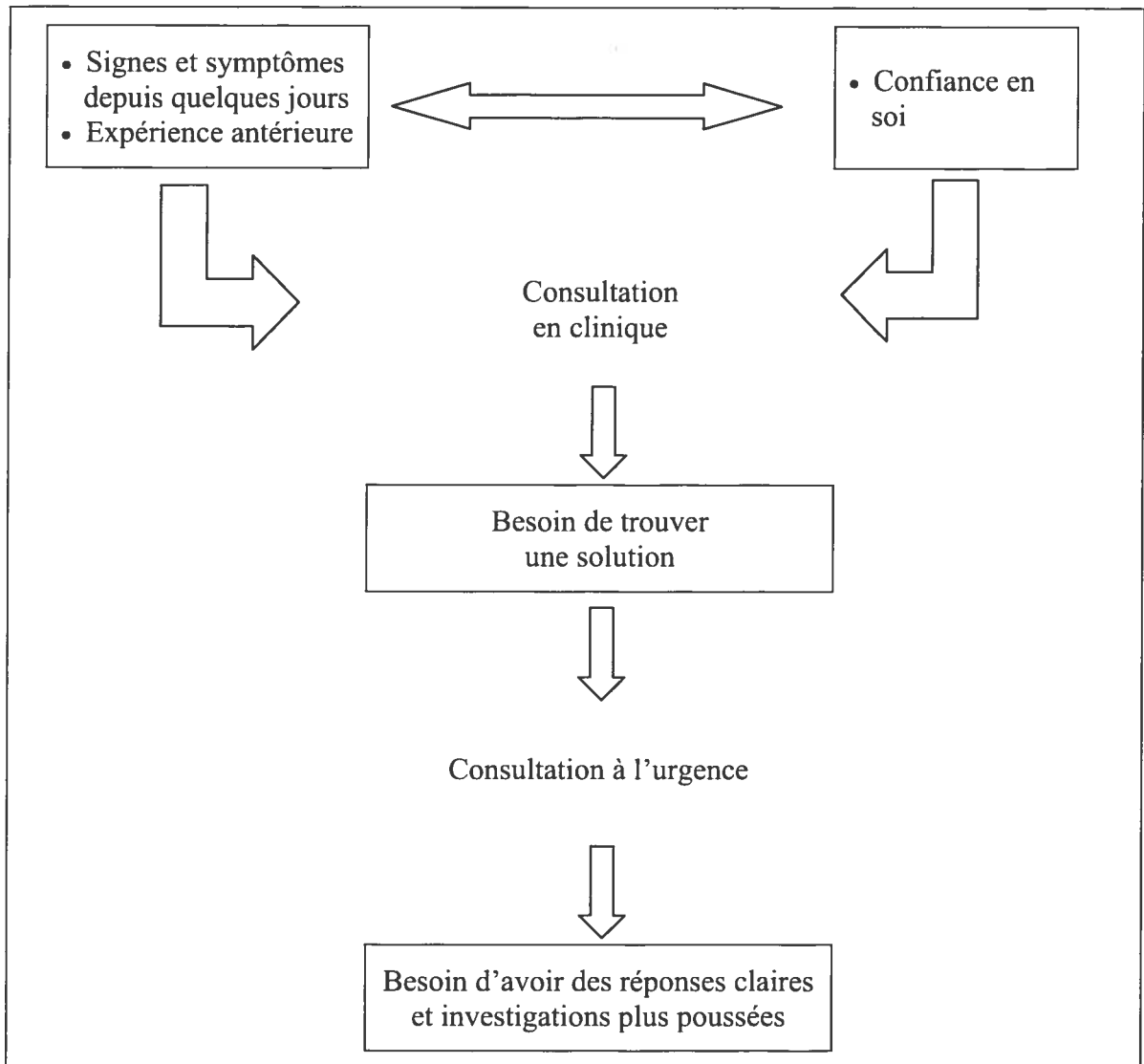


Figure 2 – Figure indirecte à l'urgence

Les quatre thèmes qui modulent le processus décisionnel du parent ayant recours aux services d'urgence

La perception du degré de gravité de la situation de santé de l'enfant. La perception du degré de gravité de la situation de santé de l'enfant fait référence à l'évaluation que le parent fait du problème qu'il observe chez son enfant. Deux éléments permettent de qualifier cette perception soit : la présentation des signes et symptômes et l'expérience antérieure.

Pour le groupe de parents qui consultent directement à l'urgence, l'enfant présente soudainement un problème de santé :

« Elle s'est assis d'un coup sec pis la fièvre a commencé. »

« Tu sais c'est vraiment c'est, c'est spécial parce que tu sais l'enfant dort, il se réveille, il s'assit carré dans le lit, se met à brailler pis là il me dit qu'il a mal. »

Pour ce groupe de parents, la situation est décrite comme étant non seulement soudaine mais nouvelle. La nouveauté de la situation augmente le degré de gravité perçu par le parent puisqu'il n'a pas de point de référence et que cette situation est considérée inconnue pour lui. De plus, pour les parents dont l'enfant n'a pas d'antécédents médicaux, ils sont moins souvent exposés à des problèmes de santé et ils ont donc moins de situations pour s'y référer.

« Donc quand c'est quelque chose qu'on connaît pas ou qu'on a jamais vu ou qui est plus inquiétant, on pose des questions. »

« C'est l'inconnu, c'est quand tu vois quelque chose que tu connais pas, c'est sûr que tu as toujours peur de l'inconnu. »

Pour le groupe de parents qui consultent avant de se rendre à l'urgence, la gravité du problème est jugée moins élevée. Ils rapportent que les symptômes prennent forme et s'installent sur une certaine période de temps.

« Elle avait une bonne toux depuis au moins une semaine ou quelques jours. »

« Fait que ça me faisait cinq jours de fièvre intense là pis ça baissait pas quand j't'allée consulter. »

Pour l'enfant qui présente une certaine progression des signes et symptômes, le parent tend à traiter avec des moyens à sa disposition :

« J'ai essayé l'Advil, le Tylenol, le Tempra, je les ai toutes essayés. »

« Pis là j'essayais les méthodes de grand-mère, l'alcool à friction... »

Lorsque les parents jugent que ces traitements sont plus ou moins efficaces, ou que le problème persiste, ils réévaluent à la hausse le degré de gravité de la situation.

« Moi on me disait toujours : « après trois jours consultez ». Ben là ça faisait plus que trois jours pis ça s'arrêtait plus là, fait que je m'inquiétais pour ça. »

Ceci dit, ils se sentent capables de tenter des traitements avant de consulter, car la situation qu'ils observent est semblable à une expérience antérieure.

« C'était exactement les mêmes signes que les fois précédentes. »

« Mais aussi, ce qui faisait que je m'inquiétais presque pas c'est le fait que quand il fait de la fièvre y a mal à la tête. C'est systématique, c'est tout le temps comme ça. »

De plus, l'enfant qui est diagnostiqué avec un problème de santé expose plus régulièrement ses parents à des problèmes de santé. Les parents raffinent leur capacité à évaluer l'état de santé de leur enfant et ils perçoivent ainsi les situations avec moins de gravité. L'histoire médicale de l'enfant leur permet aussi d'acquérir une base de connaissances auxquelles ils se réfèrent.

« Y fait des otites, des otites, des otites, des bronchites, des bronchites, toutes les  
« ites », il les a toutes faites. »

« Elle est plus fragile mais elle est née prématurément, avec des complications, une membrane hyaline, elle avait du surfactant, elle était aux soins intensifs. »

En bref, la perception du parent de la gravité de la situation de santé de l'enfant est accrue lorsque l'enfant présente des signes et symptômes soudainement, que la situation est nouvelle ou inconnue, et que l'enfant n'a pas d'antécédents médicaux. Contrairement au groupe de parents qui se rend directement à l'urgence pour consulter, l'autre groupe de parents tente d'abord de traiter puis consulte soit en clinique ou en CLSC puisque leur perception de la gravité de la situation est moins grande. Dans ce dernier groupe, les parents observent des signes et symptômes depuis quelques jours, sont en mesure de relier la situation de santé à une expérience antérieure semblable et leur enfant est habituellement connu pour un problème de santé.

La perception de contrôle. La notion de perception de contrôle renvoie à l'évaluation que le parent fait de sa capacité à gérer la situation de santé qui se présente chez son enfant. Dans le cadre de cette recherche, la perception de contrôle est exprimée à travers les émotions que vivent les parents face à la situation, la notion de « ne pas prendre de chance » et la confiance en soi.

Les parents expriment une multitude d'émotions face à la situation de santé de leur enfant en passant par l'impuissance, la frustration, la déception, le stress, la peur et surtout l'inquiétude. L'inquiétude est souvent un facteur important dans leur prise de décision de consultation.

« Infirmière : Donc, pour vous, ce qui a été l'élément principal dans la décision d'aller à l'urgence, vous diriez que ça serait quoi?

Parent : L'inquiétude. »

« Oui c'est sûr c'est un élément déclencheur du fait qu'il faut y aller tout de suite. J'ai peur de ce qui va se passer demain ou ce soir, je veux savoir tout de suite qu'est-ce qu'il a aussi, si y peuvent faire quelque chose tout de suite. C'est ce qui urge le plus. »

Toutefois, les parents qui consultent directement à l'urgence semblent vivre ces émotions de façon plus intense, remettent plus facilement en question leur capacité de gérer le problème et expriment se sentir moins en contrôle de la situation.

« Je me sens démunie, pis c'est ça je me sens frustrée, parce que je peux pas aider ma fille. Je suis impuissante face à ça. Je peux absolument rien faire tu sais là. »

Ces parents croient que les personnes les plus compétentes pour faire face au problème de santé de leur enfant sont les professionnels de la santé.

« On peut pas rien faire, j'ai pas le mot mais... on peut pas le guérir on est pas médecin pour ça, on est pas assez qualifié pour savoir qu'est-ce qu'il a, puis le traiter nous autres mêmes. »

Par ailleurs, les parents expriment qu'ils ne veulent pas « prendre de chance ». Cette notion a été soulevée à travers les entrevues lorsque les parents relataient qu'ils se sentent responsables envers leurs enfants. De plus, puisqu'ils s'imaginent des scénarios terribles, leur façon d'exercer leur contrôle est d'éviter des conséquences graves.

« Ben moi je te dirais, c'est surtout, c'est ta part de responsabilité parce que si ça s'aggrave c'est ta faute à toi. »

« Tu sais, comme, c'étaient les yeux, je voulais pas qui y arrive quelque chose, qu'il soit aveugle ou, tu sais, qu'on mette ça à l'extrême là. »

« Là j'ai eu toutes sortes d'idées, la méningite ou « whatever » là tu sais avec de la grosse fièvre de même. »

« Après 105-106 [degrés Fahrenheit] moi j'imagine, tu meurs là. »

« Les pires scénarios comme une fracture ou une hospitalisation, la maladie mangeuse de chair je le sais pas... »

Incidentement, certains parents semblent conscients que la consultation n'est peut-être pas nécessaire, mais dans l'éventualité où quelque chose de grave pourrait se produire, ils préfèrent intervenir « sans prendre de chance ».

« Fait qu'on prend pas aucune, on veut pas prendre aucune chance. »

« Puis étant donné que c'était quand même assez sérieux ben là j'ai dit prenons pas de chance, je vais aller à l'hôpital »

En ce qui concerne les parents qui ne se rendent pas directement à l'urgence, ceux-ci expriment aussi une variété d'émotions. Cependant, l'intensité de ces émotions apparaît moindre. Ceci ne veut pas dire que ces parents ne sont pas inquiets. Toutefois, leurs sentiments semblent moins envahissants et leur permettent d'attendre et de considérer une consultation lorsqu'ils ne voient pas d'amélioration dans l'état de santé de leur enfant.

« Ça m'inquiétait, mais y a pas eu de panique. »

Ces parents se sentent confiants et capables de gérer la situation. Ils tentent de trouver une solution au problème. Ils verbalisent qu'ils sont ceux qui connaissent le mieux leur enfant, qu'ils sont les experts à ce niveau.

« Ils [les médecins] ne savent pas exactement ce qu'il se passe, c'est nous autres qui le sait, c'est pas d'autre monde qui le sait. »

« Pis c'est ces données qu'elle [la médecin], ces données là qu'elle n'a pas qui font que, en même temps, j'ai confiance en mon propre jugement là, tu sais ce que je veux dire? »

Ces parents ne se perçoivent pas en perte de contrôle de la situation. Ce sentiment de contrôle et de confiance en soi leur permet d'évaluer et d'intervenir face à la situation.

« Puis on sait, on est capable de contrôler sa température, on est capable de contrôler son rhume. »

« Quand elle fait de la fièvre elle va en faire beaucoup, sauf qu'on est capable de contrôler. »

Pour eux, la notion « de ne pas prendre de chance » prend sa signification lorsqu'ils décident finalement de consulter à l'urgence, suite à leur visite en clinique ou en CLSC. La plupart de ces parents ont reçu la suggestion de consulter à l'urgence pour pousser les investigations un peu plus loin et s'assurer que la situation n'était pas plus grave. À ce moment, leur décision de se rendre à l'urgence est le reflet de la notion de « ne pas prendre de chance » suite aux conseils du médecin plutôt que sur la base de scénarios terribles de conséquences graves.

En bref, les parents qui consultent directement à l'urgence se sentent peu en contrôle de la situation. Ce sentiment est alimenté par le fait qu'ils vivent des émotions intenses et qu'ils se sentent inaptes à gérer le problème de santé de leur enfant. Leur décision de consulter provient de leur perception que seuls les professionnels de la santé



seront en mesure d'aider leur enfant, que les conséquences des symptômes qu'ils observent peuvent être très graves et qu'il ne faut « pas prendre de chance ». En ce qui concerne les parents qui consultent en clinique ou en CLSC avant de se rendre à l'urgence, ils expriment qu'ils se sentent en contrôle de la situation et en confiance. Les émotions qu'ils vivent apparaissent moins intenses et ils ne craignent pas que les symptômes résultent en conséquences graves. De plus, ce groupe de parents verbalise qu'ils sont les experts et ceux qui connaissent le mieux leurs enfants. Ce groupe finit par consulter à l'urgence parce qu'il a reçu ce conseil pour « ne pas prendre de chance ».

Le lien entre les thèmes de perception de gravité de la situation et perception de contrôle. La perception de gravité et la perception de contrôle sont étroitement liées dans le processus décisionnel. La crainte des parents face aux conséquences graves pouvant survenir chez l'enfant influence tant la perception de gravité de la situation que la perception de contrôle. Plus la perception de gravité est élevée, moins le parent se sent en contrôle de la situation.

La perception de l'adéquation des ressources. Au tout début du chapitre, le réseau de ressources des parents a été abordé et il a été noté que tous les parents avaient un réseau assez bien développé en termes de ressources médicales et de soutien familial et social. Cependant, les parents qui se rendent directement à l'urgence considèrent que leur clinique habituelle n'est pas une ressource adéquate pour leur problème.

« Sinon je ne serais pas allé à l'hôpital, je serais allé dans une clinique. Bon [la clinique] c'est plus rapide donc, j'ai évalué la gravité de la situation, puis suite à ça, j'ai décidé d'aller à l'hôpital. »

Puisqu'il s'agit, à leur avis, d'une situation grave et que l'enfant nécessitera peut-être des investigations, l'urgence est l'endroit où tous ces tests pourront être effectués leur évitant ainsi des déplacements supplémentaires.

« Donc j'ai décidé, pis de toute façon je voulais régler le problème sur le champ, tu sais, je voulais pas attendre deux jours avant de prendre les mesures appropriées pour régler le problème [le père fait référence aux radiographies]. »

« Au même endroit, comme ça on n'a pas besoin de se déplacer. »

Ces parents mentionnent également qu'ils ont consulté à l'urgence car ils croyaient que les cliniques ne seraient pas disponibles immédiatement.

« Parce que à cause de l'heure, il était rendu 17h30 puis c'est comme, si j'avais appelé elle m'aurait dit qu'il n'y avait plus de place pour le rendez-vous à cette heure-là. »

Pour les parents qui consultent en clinique avant de se rendre à l'urgence, il ressort que leur première consultation, en clinique, correspondait aux besoins qu'ils avaient identifiés. Toutefois, nous avons vu que le parent décide quand même de se rendre éventuellement à l'urgence parce que le médecin de la clinique n'a pas su répondre à ses besoins spécifiques et lui offrir un traitement efficace. La visite subséquente à l'urgence se situe donc en continuité avec le parcours d'utilisation des services de santé puisque la démarche entamée en clinique n'offrait pas de solutions satisfaisantes.

Du côté du réseau social et familial, nous avons vu que tous les parents ont pu mentionner un membre de leur entourage auquel ils peuvent avoir recours lorsqu'un problème de santé survient avec un enfant. Ce qui différencie les deux groupes en terme

d'utilisation de ce réseau, c'est l'implication du conjoint dans la prise de décision de consultation face au problème de santé de l'enfant.

En effet, nos analyses suggèrent que les parents qui se rendent directement à l'urgence ne consultent pas leur conjoint pour la prise de décision de consultation puisque les symptômes apparaissent soudainement et qu'ils n'ont pas vécu cette expérience ensemble antérieurement. Donc, ces parents jugent que le conjoint ne serait pas une ressource adéquate. Par contre, le conjoint joue un rôle de soutien pour le parent décideur. Le parent, qui est auprès de l'enfant au moment de la présentation des symptômes, est celui qui s'engage dans le processus décisionnel et qui décide du moment et du lieu de la consultation. Le conjoint vient soutenir cette décision et aide à l'organisation familiale.

« Il me laisse pas mal aller là-dessus. »

« Pour moi, quand je suis avec lui c'est moi qui décide. »

Par contre, pour les parents qui consultent avant de se rendre à l'urgence, la prise de décision se fait conjointement entre les deux parents. Ces parents expriment qu'ils prennent le temps d'en discuter puisque les signes et symptômes se présentent graduellement et qu'ils acquièrent une expérience commune de la situation et ont probablement déjà une expérience face à des situations antérieures. Donc, ces parents considèrent que le conjoint est une ressource adéquate, qui influence leur prise de décision surtout par leur expérience commune acquise ensemble.

« À savoir si on consulte, si on attend ou... ça on en discute ensemble en règle générale. »

En bref, l'utilisation des ressources permet de distinguer les deux profils de parents qui se présentent à l'urgence à travers leur perception de l'adéquation des ressources. Tout d'abord, les parents qui se rendent directement à l'urgence choisissent cette ressource malgré la présence d'autres ressources médicales dans leur réseau puisqu'ils considèrent que la clinique ne répondra pas au problème, ne permettra pas d'entreprendre tous les tests possibles et qu'elle ne sera probablement pas disponible au moment de leur consultation. De plus, le conjoint, puisqu'il n'a pas d'expérience antérieure de ce genre de situation avec ce parent, détient uniquement un rôle de soutien et ne participe pas à la prise de décision de consultation. Les autres parents aboutissent à l'urgence car la première consultation n'a pas répondu à leurs besoins. Les conjoints de ces parents sont directement impliqués dans la prise de décision puisqu'ils ont acquis une expérience commune face à cette situation et à des situations antérieures.

Les attentes en regard des services d'urgence. Les attentes parentales varient significativement entre les deux groupes de parents qui se présentent à l'urgence.

Les parents qui consultent directement à l'urgence expriment essentiellement l'attente d'être réconfortés que leur enfant est hors de danger et que les professionnels de la santé prendront la situation en charge.

« C'est de me rassurer c'est vraiment ça. C'est de rassurer les parents que ton enfant va bien qu'il n'a pas de problèmes. »

Si l'évaluation du médecin de l'urgence détermine que les examens diagnostiques ne sont pas nécessaires, le parent demeure satisfait.

Pour les parents qui consultent ailleurs avant de se rendre à l'urgence, ils s'attendent, une fois rendus, à ce que leur enfant subisse des tests ou des investigations

plus poussées qui permettront d'identifier clairement le problème de santé et d'offrir un traitement spécifique. Leurs attentes pour des investigations étant marquées, ils auront tendance à insister auprès du médecin de l'urgence même si celui-ci juge autrement.

« Faire des tests, des tests de sang ou d'urine. »

« Qu'il le garde à l'hôpital, qu'il fasse des tests, puis de le passer au peigne fin, puis là tu as l'heure juste, tu sais. »

« Ils devraient peut-être pousser un peu plus dans les diagnostics, comme faire des tests avant de faire un diagnostic tout court, tu sais parce que il y a bien des fois qu'ils donnent des affaires puis c'est même pas ça. »

En somme, le parent qui consulte directement à l'urgence décide de s'y rendre pour que son enfant soit pris en charge par des professionnels de santé et pour être rassuré. Ce besoin d'être rassuré est nécessaire même s'ils apprennent que la situation n'était pas grave et qu'elle n'exigeait pas une consultation à l'urgence. Quant aux parents qui consultent à l'urgence suite à une visite à la clinique ou en CLSC, ils sont toujours à la recherche d'une solution. Ces parents s'attendent de quitter l'urgence avec des réponses claires suite à des investigations approfondies.

Le modèle final

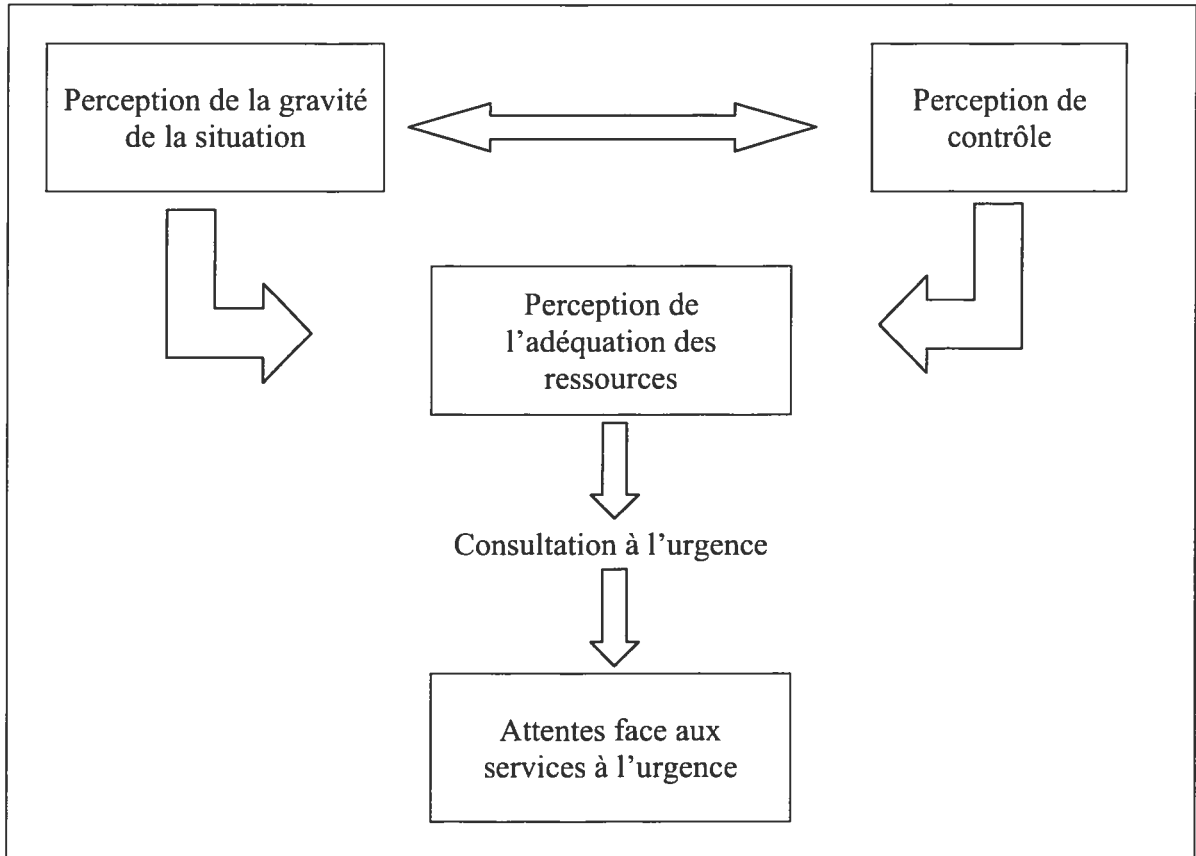


Figure 3 – Modèle final

Le modèle est illustré de façon à servir de point de repère pour les infirmières travaillant à la salle d'urgence, plus spécifiquement au triage. Les quatre thèmes identifiés soit : 1) la perception de la gravité de la situation; 2) la perception de contrôle; 3) la perception de l'adéquation des ressources et; 4) les attentes face aux services à l'urgence sont les éléments clés qui permettront à l'infirmière de mieux comprendre le processus décisionnel du parent qui se présente à l'urgence et à partir duquel elle pourra élaborer son intervention.

## CHAPITRE SIXIÈME - DISCUSSION

Dans ce chapitre, les résultats seront discutés à la lumière des écrits disponibles. Par la suite, il sera question de l'originalité de l'étude et nous discuterons de la transférabilité de nos résultats. Des recommandations pour la pratique infirmière à partir du modèle de processus décisionnel seront soulignées. Finalement, des recommandations pour la recherche en sciences infirmières seront suggérées.

## Les résultats obtenus à la lumière des écrits disponibles

### Le modèle dans son ensemble

Le modèle élaboré comporte une dimension semblable à celle du Behavioral Model utilisé dans plusieurs études portant sur l'utilisation des services d'urgence dont il est question au chapitre de la recension des écrits. Le Behavioral Model intègre la perception des besoins dans l'utilisation des services de santé. Cette dimension, dans sa définition, renvoie à la perception du degré de gravité de la situation notée dans notre étude, laquelle est déterminante dans le processus décisionnel des parents face à la consultation à l'urgence pédiatrique.

En ce qui a trait au HBM, certaines de ses composantes sont également identifiées dans le modèle que nous proposons. Tout d'abord, dans le HBM, il est question de perception tant en termes de sévérité qu'en termes de menaces face à la maladie. Les résultats de notre étude indiquent que la perception de gravité de la situation est centrale dans le processus décisionnel et que les parents craignent des conséquences graves pour la santé de leur enfant. Cette crainte semble correspondre à la notion de menace identifiée dans le HBM.

Les notions liées à la perception de l'adéquation des ressources, aux attentes face aux services de l'urgence et à l'expérience antérieure du parent ne sont pas représentées ni



dans le Behavioral Model, ni dans le HBM. De plus, les deux modèles présentés misent beaucoup sur les facteurs sociodémographiques dans la compréhension de l'utilisation des services de santé, tandis que notre étude ne différencie pas le processus décisionnel des parents en fonction de ces variables.

Dans le modèle de Janis et Mann (1977), nous avons vu une certaine emphase qui est mise sur l'analyse des alternatives lorsqu'une personne doit prendre une décision. Bien qu'il n'en soit pas directement question dans notre modèle, nos résultats indiquent que le parent choisit entre différentes ressources (cliniques ou CLSC) et que son choix, pour des motifs reliés aux perceptions et aux attentes, s'arrête aux services d'urgence. D'ailleurs, notre modèle est principalement axé sur les perceptions parentales dans le processus décisionnel, tandis que le modèle de Janis et Mann ne souligne pas l'importance des perceptions dans une prise de décision. Ce dernier est plutôt centré sur l'aspect cognitif et rationnel d'une prise de décision. De plus, notre modèle tient compte des attentes parentales qui représentent les finalités poursuivies par le parent alors que le modèle de Janis et Mann fait appel au processus de réflexion dans la prise de décision en considérant les alternatives mais en n'intégrant pas l'objectif visé suite à la prise de décision. Finalement, le modèle de Janis et Mann soutient les étapes de prise de décision de façon générale, alors que notre modèle illustre le processus décisionnel parental directement inspiré d'un contexte de consultation à l'urgence.

#### La perception de gravité de la situation

Nos résultats, qui suggèrent que le processus décisionnel du parent est influencé par la perception de gravité de la situation et les expériences antérieures du parent, vont dans le même sens que ceux de Gross et Howard (2001) et Leduc et al. (2001). Par

ailleurs, les résultats de l'étude de Woolfenden et al. (2000), qui explorent le même phénomène que nous, indiquent que les parents utilisent leur propre système pour évaluer la gravité d'un problème. Ceci semble correspondre avec la perception de la gravité de la situation exprimée par les parents de notre étude, ce qui les incite à percevoir la situation comme étant un problème urgent. De plus, Woolfenden et al. (2000) suggèrent que la sévérité des symptômes observés est interprétée en fonction de l'âge et de l'histoire médicale de l'enfant, ce qui renvoie à la notion d'expérience antérieure émergeant de notre étude.

Selon Katz (2002), les variables qui influencent la perception d'une situation sont : 1) les connaissances de l'individu; 2) ses capacités; 3) ses expériences de vie et; 4) ses antécédents socioculturels. Nos résultats s'inscrivent dans une telle conceptualisation en ce sens que la perception de gravité de la situation est influencée par les expériences des parents, qui leur permettent de mieux comprendre la situation qu'ils observent. Horner (1997) arrive au même constat. Ceci dit, nos résultats suggèrent que l'expérience antérieure doit être acquise comme parent plutôt qu'en tant que travailleur auprès des enfants ou professionnel de la santé. Par exemple, dans notre projet, les parents propriétaires de garderie, qui sont régulièrement en contact avec des enfants ayant des problèmes de santé, utilisent leurs acquis en tant que parents lorsque vient le temps de prendre une décision pour leurs enfants.

Pour les parents qui n'ont pas d'expériences antérieures face à la situation observée, ils auront tendance à la décrire comme étant une situation nouvelle ou inconnue, qui entraîne beaucoup d'inquiétude. En effet, une situation de santé nouvelle et soudaine peut être déstabilisante et, considérant le peu de temps pour s'adapter à ce problème, le

parent fait ainsi face à une situation incertaine qui influence, voire augmente sa perception de gravité de la situation. Ce faisant, il consulte rapidement à l'urgence pour se faire rassurer.

Les études de MacDonald (1996) et Horner (1997), auprès des mères dont les enfants ont un problème d'asthme indiquent, comme dans la nôtre, que la nouveauté de la situation entraîne de l'incertitude qui accroît la perception de gravité. Une fois le diagnostic confirmé et les explications données, leur état de stress diminue.

Finalement, nos résultats vont aussi dans le même sens que les écrits de Lazarus et Folkman (1984). Selon ces auteurs, une situation nouvelle peut créer de l'incertitude à un point tel que la personne devient incertaine quant à la signification à accorder à l'événement puisqu'elle a de la difficulté à interpréter la situation par manque d'expérience antérieure.

#### La perception de contrôle de la situation

L'anxiété, la culpabilité et la peur qui confrontent le parent lors d'une situation de santé nouvelle ou inconnue chez leur enfant ont été rapportées dans plusieurs études (Abidin, & Wilfong, 1989; Feigelman et al., 1990; Gross, & Howard, 2001; Horner, 1997; Mayefsky et al., 1991). Ces émotions sont souvent liées avec des conséquences graves que craignent les parents et qui diminuent leur sentiment de contrôle. L'étude de Maltby, Kristjanson et Coleman (2003) indique que ce n'est qu'au moment où les parents apprennent le diagnostic de leur enfant qu'ils se sentent plus aptes à reprendre le contrôle sur la situation.

Les résultats de l'étude de Leduc et al. (2001) suggèrent aussi que les parents qui consultent à l'urgence pour des situations jugées non urgentes vivent beaucoup

d'inquiétudes et craignent des conséquences graves, ce qui influence leur perception de contrôle face à la situation. Dans l'étude de Guttman et al. (2003), les parents expriment que leur perception de contrôle de la situation est régie par le sentiment de ne pas vouloir prendre de chance avec la santé de leur enfant. Cette notion a aussi été notée par les parents de notre étude.

En somme, le parent qui se sent en contrôle de la situation se perçoit davantage apte à gérer la situation de santé de son enfant. Cette observation confirme la théorie de l'auto efficacité de Bandura (2004). Selon cette théorie, les croyances d'auto efficacité d'une personne, soit les croyances de pouvoir contrôler la situation, influencent ses comportements. L'auto efficacité fait appel à la perception de ce que la personne croit être capable d'accomplir. Plus cette personne se sent capable, plus elle sera en mesure d'organiser et exécuter ses actions. Ceci correspond aussi à nos résultats qui indiquent que le parent qui se sent en contrôle de la situation tentera de régler son problème lui-même avant de faire appel à l'urgence; alors que le parent qui ne se sent pas en contrôle décidera de consulter rapidement à l'urgence.

#### La perception de l'adéquation des ressources

Les résultats de notre étude indiquent que les ressources, selon les parents, sont disponibles. Par contre, leur adéquation à la situation de santé de leur enfant est variable selon leur perception de gravité et de contrôle. Ceci correspond aux résultats de l'étude de Leduc et al. (2001) où les parents choisissent de se rendre à l'urgence malgré la disponibilité d'autres ressources. De plus, les parents de notre étude ont presque tous mentionné avoir un médecin de famille ou un pédiatre. Par contre, cette ressource n'est

pas utilisée lors de situations de santé imprévues. Les mêmes conclusions ont été rapportées dans l'étude de Guttman et al. (2003).

D'ailleurs, l'étude de Ganther, Wiederholt et Kreling (2001) suggère que l'utilisation des services de santé est basée sur les préférences de la personne. Il ne s'agirait donc pas d'un choix en fonction de la disponibilité ou de l'accessibilité des ressources mais bien selon la perception de l'adéquation du service pour chaque personne. De plus, la perception de la qualité des services de santé est notée dans l'utilisation des services de santé (Smith, & Bartell, 2004).

Ce concept d'adéquation des ressources fait du sens dans notre modèle de prise de décision parentale, puisque le parent qui décide de consulter pour un problème de santé avec son enfant juge de la pertinence et de la qualité de la ressource pour répondre à son besoin. Il ne se présente pas à l'urgence parce que les autres ressources ne sont pas disponibles, mais parce qu'ils perçoivent la situation potentiellement grave et qu'il ne se sent pas tout à fait en contrôle.

#### Les attentes face aux services d'urgence

En ce qui a trait aux attentes face aux services d'urgence, les résultats de notre étude confirment ceux de Feigelman et al. (1990) et Mayefsky et al. (1991) qui recommandent que les interventions des professionnels de la santé visent la diminution de l'anxiété des parents.

Guttman et al. (2003) soulignent également l'importance de rassurer les parents qui craignent des conséquences graves pour l'état de santé de leur enfant et de les soutenir dans leur quête d'une autre opinion à travers leurs trajectoires de consultation. Par ailleurs, Leduc et al. (2001) et Woolfenden et al. (2000) ont aussi fait état des attentes face

à la consultation à l'urgence pédiatrique. Par contre, ces attentes sont centrées sur l'offre de services médicaux et font peu état des finalités visées en terme de diminution de l'inquiétude et de résolution de problèmes.

Enfin, dans le cadre de notre modèle, il est pertinent de retrouver un thème sur les attentes parentales face à leur consultation à l'urgence ne serait-ce que pour guider les interventions infirmières pour mieux répondre à leurs besoins.

### L'originalité de l'étude et transférabilité de nos résultats

Le devis de recherche utilisé a permis de connaître la perspective des parents lors de leur consultation à l'urgence et de souligner l'influence de leurs perceptions et de leurs expériences dans le processus décisionnel. De plus, nos résultats ont permis d'élaborer un modèle de prise de décision parentale face à la consultation à l'urgence alors que les études les plus apparentes à la nôtre, telles que celles de Guttman et al. (2003), Leduc et al. (2001) et Woolfenden et al. (2000), ont exploré le processus décisionnel sans proposer de modèle. À notre connaissance, il s'agit d'un premier modèle, qui peut servir d'outil pour les infirmières au triage en illustrant le processus décisionnel des parents qui se présentent dans les services d'urgence.

Nos résultats peuvent être transférables dans le contexte d'un réseau de santé et de services sociaux comme le nôtre qui comporte une diversité de ressources qui se veulent accessibles et gratuites pour la population. De plus, notre modèle sera transférable aux endroits où les personnes peuvent exercer un choix dans les ressources à consulter. Aussi, nous croyons que les résultats ne sont transférables qu'à un milieu urbain plutôt que rural, puisque ces derniers n'offrent pas nécessairement le même nombre de ressources et que la distance peut être un facteur important à considérer en terme d'accès aux ressources.

En ce qui a trait au type de population à qui les résultats peuvent s'adresser, il s'agit essentiellement de parents francophones, nés au Québec, ayant des jeunes enfants et dont le problème de santé n'est pas relié à une situation de santé chronique. Aussi, certains éléments de nos résultats semblent indiquer que les attentes parentales et la perception de l'adéquation des ressources sont parfois reliées au fait que les parents travaillent à l'extérieur de la maison et que le problème de santé entraîne un changement dans le fonctionnement quotidien de la famille. Nous croyons que les résultats sont plus appropriés pour des parents qui vivent la réalité d'être des travailleurs.

## Des pistes pour la pratique infirmière

Le modèle produit peut servir de point de repère pour les infirmières du triage dans les salles d'urgence. Par ailleurs, notre étude donne quelques pistes de réflexion quant à la diversification des lieux et formes d'interventions des infirmières auprès de parents ayant de jeunes enfants.

### L'infirmière au triage.

Pour l'infirmière au triage, il est impératif qu'elle ait une écoute active afin d'identifier les perceptions parentales et d'établir une bonne relation de confiance pour saisir le contexte dans lequel la décision du parent a été prise. D'ailleurs, Koziol-McLain et al. (2000) émettent les mêmes recommandations. Le modèle devrait aussi être utilisé afin de systématiser l'évaluation et l'intervention infirmière. Dans un premier temps, le modèle suggère qu'il peut être aidant de prendre connaissance du parcours d'utilisation des ressources par le parent, c'est-à-dire savoir si ce parent a déjà consulté auprès d'une clinique, d'un CLSC ou de son médecin avant de se rendre à l'urgence. Ceci permettra à l'infirmière de mieux cibler ses interventions auprès de cette famille puisque leur parcours

est le résultat de perceptions et d'expériences différentes qui influencent le processus décisionnel. Il serait donc pertinent d'en prendre rapidement connaissance pour cibler et adapter son intervention.

Tout en évaluant l'état de santé de l'enfant, afin de compléter son triage, elle devrait, par la suite, évaluer le degré de gravité que le parent accorde à la situation, son sentiment de contrôle face à la situation, ses perceptions face aux diverses ressources ainsi que ses attentes. Elle sera ainsi en mesure de comprendre ce que le parent pense et vit. De plus, elle pourra, en connaissant le parcours et les attentes du parent, intervenir pour répondre à ses besoins spécifiques.

En explorant la présentation des signes et symptômes ainsi que l'expérience antérieure de ce parent avec une telle situation, elle sera en mesure de mieux situer le niveau de gravité perçu du parent face au problème. Pour les parents qui ont pris la décision de consulter rapidement à l'urgence, le modèle suggère que l'infirmière doit rassurer en recadrant la situation. Elle peut donner des exemples concrets qui expliquent en quoi la situation est stable afin de remettre la situation en perspective pour le parent. En agissant ainsi, l'infirmière sera aussi en train de profiter de l'opportunité qui lui est offerte pour favoriser un certain apprentissage auprès du parent afin que la situation devienne une expérience à laquelle le parent pourra faire référence lors d'un prochain épisode.

En ce qui concerne la perception de contrôle, l'infirmière peut explorer les émotions vécues, le degré de risque perçu et le sentiment d'inquiétude du parent face à ses capacités de gérer la situation. Les interventions infirmières pourraient alors consister à souligner les forces et les actions entreprises par le parent pour régler la situation puisqu'il



est clair que tous ont pris le temps de décider. Ce ne sont pas des consultations irréfléchies. Lorsqu'un parent tente des traitements à domicile, l'infirmière peut valoriser ces gestes tout en offrant des alternatives possibles. Par exemple, dans le cas où le parent a administré une formule de réhydratation, tel le Pedialyte, pour des symptômes d'une gastroentérite, l'infirmière peut encourager le parent à poursuivre puisqu'il s'agit du traitement optimal lorsque la déshydratation est légère. Pour le parent qui est incertain face à la situation, il peut être pertinent de lui proposer des données objectives à vérifier. Pour poursuivre dans le même ordre d'idées de la déshydratation, il serait aidant pour le parent de connaître les signes tels que le pli cutané, la fréquence des urines, le remplissage capillaire, l'hydratation des muqueuses et la quantité de larmes qui sont des observations objectives et qui peuvent contrer l'inquiétude du parent.

L'infirmière pourra aussi examiner la perception de l'adéquation des ressources disponibles dans le réseau du parent. En particulier, l'intervention de l'infirmière peut consister à reconnaître le parcours entrepris par le parent, identifier sa liste de ressources et valider ses perceptions en regard de l'adéquation des ressources identifiées. Par la suite, l'infirmière pourra suggérer d'autres ressources correspondant à ses besoins. Par exemple, pour un parent qui se présente à l'urgence pour une radiographie pulmonaire (recommandée par le médecin en clinique) et qui croit qu'il s'agit de l'endroit le plus approprié pour ce type d'examen, l'infirmière peut suggérer le laboratoire ou la clinique locale qui offre ce service. Pour faire cet exercice, l'infirmière doit connaître les ressources disponibles, les services offerts et les horaires.

Enfin, il est primordial pour l'infirmière d'identifier les attentes du parent et de rassurer celui qui consulte directement à l'urgence et de trouver rapidement des solutions

en lien avec les besoins du parent qui aura préalablement consulté ailleurs. Ceci peut contribuer à diminuer l'anxiété et à établir une relation de confiance. L'infirmière doit reconnaître l'inquiétude et l'anxiété du parent, le rassurer tout en évitant de minimiser ou de banaliser ses perceptions. De plus, sans nécessairement suggérer de procéder à une multitude d'examen diagnostiques, l'infirmière peut faire part à l'équipe médicale des besoins du parent et s'assurer que les besoins sont considérés. Il pourrait aussi être aidant de valider avec cette catégorie de parents, avant leur départ, si la consultation a répondu à leur besoin.

Il est important de rappeler que ce processus décisionnel s'élabore dans un contexte où des éléments liés à la configuration de la famille, à l'enfant et aux diverses ressources du réseau parental ne sont pas spécifiquement matière à intervention pour l'infirmière du triage. Toutefois, il est pertinent de les considérer et de les intégrer dans son approche avec le parent. Par exemple, considérons le parent qui se rend à l'urgence avec un enfant malade, qui a dû se présenter avec les autres enfants puisqu'il n'avait personne pour les surveiller et qui devra attendre quelques heures dans la salle d'attente. Cette situation est difficile pour le parent et ne justifie pas nécessairement une priorité au triage. L'infirmière peut toutefois mettre sur pied un comité de travail pour repenser l'organisation des services en améliorant les aires de jeux, tout en respectant les recommandations en regard du contrôle et de la prévention des infections et en facilitant l'accès aux bénévoles.

En bref, le modèle peut soutenir l'intervention de l'infirmière au triage de sorte à faciliter la consultation à l'urgence. Il peut avoir un impact à plus long terme sur les consultations éventuelles de ces parents puisque les interventions infirmières peuvent

contribuer à favoriser leur apprentissage et ainsi influencer leur perception de gravité et de contrôle de la situation tout en leur permettant de percevoir différemment les autres ressources disponibles.

Puisque notre étude était teintée du cadre de référence de McGill, il s'ensuit que notre modèle peut s'inscrire dans une intervention infirmière selon les paramètres du modèle McGill. Tout d'abord, la mise en action de notre modèle permet de poursuivre des finalités d'adaptation et de développement des personnes et des familles puisque les interventions infirmières qui en résulteraient visent à soutenir les parents dans la résolution de problèmes ainsi que dans l'atteinte des objectifs qu'ils se sont fixés. De plus, le modèle de McGill propose une relation de collaboration entre l'infirmière et le client, où le rôle de l'infirmière consiste à écouter, valider les perceptions, souligner les forces et favoriser l'apprentissage. L'application de notre modèle nécessite une écoute active du parent pour le rassurer et identifier ses perceptions liées à la consultation à l'urgence. Aussi la reconnaissance des forces du parent et l'accompagnement dans l'atteinte de ses objectifs, constituent des démarches qui peuvent résulter de notre modèle. Finalement, les interventions de l'infirmière peuvent être axées sur l'apprentissage visant à interpréter les signes et symptômes de l'enfant et à favoriser une utilisation optimale de diverses ressources selon des attentes qui s'avèrent réalistes. Ces apprentissages devraient permettre de mieux gérer des situations semblables dans l'avenir.

#### D'autres modalités d'interventions infirmières

Les propos des parents interviewés apportent un éclairage supplémentaire sur l'intervention infirmière auprès de la famille avec des jeunes enfants.

1. L'intervention infirmière en garderies. Les garderies sont des milieux très présents dans la vie de ces familles. Il serait peut-être approprié de consacrer davantage de ressources infirmières de première ligne à ces endroits. Souvent, les enfants qui fréquentent les garderies sont malades et la présence d'un professionnel de la santé pour évaluer l'enfant, suggérer des traitements aux parents tout en faisant de la promotion de la santé serait sûrement très aidant pour les familles et aiderait au processus de décision en diminuant la perception de gravité et en augmentant la perception de contrôle.

2. Un rôle pour l'infirmière praticienne en première ligne. Il a été mentionné qu'aucun parent n'a tenté de consulter son pédiatre ou médecin de famille concernant le problème de santé de l'enfant, puisque ce dernier n'est consulté que pour le suivi de routine. À la lumière de ce que les parents nous ont mentionné face à leur perception du rôle du médecin de famille ou du pédiatre, il serait pertinent de renforcer le rôle des infirmières praticiennes et d'expliquer aux parents qu'elles seraient une ressource première lors de problèmes de santé de l'enfant. Il est primordial, dans le système de santé actuel, d'établir un lien de confiance avec un professionnel de la santé qui assure le suivi de l'enfant. Celui-ci doit connaître l'enfant et la famille et tenir compte des croyances, des perceptions ainsi que du contexte familial afin de traiter le problème de façon optimale. Pour le parent, la relation qui se construit avec ce professionnel de la santé se solidifie au cours des visites et il devient une référence crédible puisqu'il connaît bien le client et les besoins de la famille.

À cet effet, nous croyons que l'infirmière praticienne en soins de première ligne pourrait avoir un rôle important. Tout d'abord, il y aurait une augmentation du nombre de professionnels de santé qu'un parent pourrait consulter dans les services de première ligne

et ainsi assurer une accessibilité à une plus grande population. Deuxièmement, puisqu'il s'agit de problèmes de santé considérés non urgents, cette infirmière praticienne aurait les connaissances et les habiletés à intervenir d'un point de vue médical mais pourrait aussi, par le fait même, évaluer la situation avec les parents et intervenir soit par l'enseignement, soit par des interventions familiales, tout en assurant un suivi auprès de ces familles. De plus, l'infirmière praticienne pourrait être une ressource supplémentaire pour les parents lorsqu'ils ont besoin de conseils ou de soutien pour assurer le maintien de la santé de l'enfant.

3. Des pistes pour Info-Santé. Selon les parents rencontrés, le service téléphonique de consultation infirmière d'Info-Santé est largement utilisé pour des besoins d'information. Par contre, on constate qu'il leur est difficile d'établir une relation de confiance au téléphone et c'est peut-être la raison pour laquelle ce service n'est pas utilisé dans la prise de décision de consultation à l'urgence par les parents. Dans un premier temps, l'infirmière doit faire son évaluation uniquement à partir de la description qu'offrent les parents de la situation, contrairement, par exemple, à une infirmière au triage qui peut aussi évaluer selon ses observations. Ainsi, il peut être assez difficile pour l'infirmière d'Info-Santé de faire une évaluation complète et adéquate au téléphone. Dans le même ordre d'idées, le contact téléphonique étant plus impersonnel, le parent a tendance à faire moins confiance à l'infirmière d'Info-Santé, ce qui l'incite à consulter un professionnel de la santé qui pourra évaluer l'enfant directement puisqu'il perçoit la situation avec gravité.

Cette constatation ouvre une discussion sur la possibilité d'intégrer une dimension de Télé Santé à travers le service d'Info-Santé. En effet, si l'infirmière avait la possibilité

de « voir » le client pour faire son évaluation, celle-ci serait plus complète. Aussi pour les parents qui utilisent ce service, ils pourraient « montrer » leur problème surtout s'il s'agit d'un symptôme physique. Il s'agit d'un système qui répondrait à un besoin au moment et à l'endroit où le parent se trouverait (McCartney, 2005). Ce service deviendrait plus complet et plus efficace, tant pour les infirmières que pour la clientèle. L'étude de Marcin, Ellis, Mawis, Nagrampa, Nesbitt et Dimand (2004) indique que la satisfaction d'une consultation via télémédecine est élevée tant chez les parents que chez les professionnels de la santé. Les principaux avantages notés sont reliés à l'accessibilité et aux services centrés sur la famille.

### Des pistes pour la recherche en sciences infirmières

Certaines questions ont été soulevées lors des analyses et seraient intéressantes à explorer dans des recherches éventuelles. Tout d'abord, la question se pose à savoir comment la consultation à l'urgence peut s'inscrire dans la trajectoire du processus décisionnel en tant qu'expérience qui pourrait modifier les perceptions parentales et, par le fait même, leur prise de décision de consultations ultérieures. Si des interventions adéquates sont posées au moment de la consultation à l'urgence, peut-on croire que lorsqu'une situation semblable se produira, dans l'avenir, le parent percevra la situation différemment et fera appel à d'autres ressources qu'à celles des urgences? Une mise à l'épreuve de notre modèle à travers l'élaboration et l'évaluation d'une intervention infirmière au triage avec un suivi post-visite serait intéressante. De plus, il serait intéressant d'évaluer l'effet sur les parents d'une intervention infirmière basée sur notre modèle lorsqu'il y a une période d'attente prolongée : lors de la réévaluation au triage, puisque le délai d'attente est expiré, les parents exposés à une intervention infirmière

basée sur notre modèle au moment du premier triage vivent-ils l'expérience d'attente différemment des autres parents? Aussi, cette expérience est-elle différente selon le parcours ayant amené les parents à consulter à l'urgence? Une telle étude pourrait donner des pistes pour mieux gérer les parents lors des périodes d'attentes à l'urgence.

Par ailleurs, puisque l'étude a eu lieu auprès des parents qui ont consulté à l'urgence d'un centre hospitalier, le processus décisionnel des parents qui ne consultent qu'en clinique, qu'au CLSC ou que leur médecin n'a pas été exploré. Ces parents traversent-ils le même cheminement que les parents qui ont participé à cette étude?

Aussi, le modèle élaboré mériterait d'être mis à l'épreuve dans une étude semblable mais dans un contexte multiculturel, puisque notre échantillon était composé de familles québécoises. Y a-t-il des distinctions culturelles à considérer et à apporter dans notre modèle?

Enfin, la perception des deux parents mériterait d'être explorée davantage. Les entrevues ont eu lieu avec un seul parent, mais les résultats indiquent que la relation entre les parents peut s'avérer être une composante importante dans le processus décisionnel. Quelle est la perception du conjoint dans cette prise de décision, surtout pour les parents qui se sont directement rendus à l'urgence et dont le conjoint semble avoir joué un rôle secondaire?

Il y a peu de recherches en sciences infirmières sur les pratiques infirmières au triage. Il est, sans contredit, pertinent de poursuivre de telles recherches puisque ces infirmières sont le premier contact avec le parent à l'urgence.

## CHAPITRE SEPTIÈME - CONCLUSION



L'urgence pédiatrique est souvent bondée. De plus, les consultations sont souvent inappropriées puisque d'autres ressources pourraient répondre aux problèmes de santé de ces enfants. Pour les infirmières qui travaillent à l'urgence pédiatrique, cette situation crée de la frustration et elles se questionnent sur les raisons qui motivent un parent à se présenter à l'urgence avec un problème de santé non urgent ainsi que sur les interventions qui seraient aidantes pour ces familles. Notre projet visait à répondre à ces questions en explorant le processus décisionnel des parents face à leur consultation à l'urgence pour un problème de santé jugé non urgent chez leurs enfants selon l'échelle canadienne de triage et de gravité (appendice A). En comprenant le processus décisionnel du parent, nous croyons que l'infirmière de triage sera mieux outillée pour intervenir auprès de ceux-ci.

Les résultats indiquent que tous les parents entreprennent une réflexion avant de décider de consulter à l'urgence. Il s'agit d'un processus réfléchi influencé par leurs perceptions et leurs attentes face au problème vécu. Toutefois, il a été noté que les parents qui se présentent à l'urgence comportent deux groupes au parcours différent, soit ceux qui s'y présentent directement et ceux qui s'y rendent après avoir consulté dans une clinique ou un CLSC. L'analyse des données a permis de créer un modèle qui représente ce processus décisionnel. Ce modèle illustre que, pour le parent, leur perception de la gravité de la situation, leur perception de contrôle face aux événements, leur perception de l'adéquation des ressources à leur disposition et leurs attentes face aux services d'urgence influencent leur processus décisionnel.

Le parent est un acteur central dans le processus de prise de décision et l'infirmière doit comprendre ce qu'il pense et ce qu'il vit pour l'accompagner. Lorsque les infirmières interviennent à partir des perceptions et de l'expérience vécue des parents,

elles peuvent faciliter leur adaptation à la situation notamment en recadrant leurs perceptions. Toutefois, nos résultats signalent que le cheminement dans la prise de décision est aussi influencé par les attentes du parent. Il agit en fonction du but qu'il veut atteindre. À cet égard, l'infirmière qui intervient en fonction des attentes parentales peut aussi accompagner le parent dans l'atteinte de ses objectifs et contribuer au développement, voire à l'intégration de nouveaux apprentissages fournissant des pistes pour ajuster ses stratégies ou pour agir autrement. Par exemple, lorsque l'infirmière rassure le parent et fait de l'enseignement autour du problème de santé de l'enfant, elle favorise une intégration de l'expérience à laquelle le parent pourra faire appel dans l'avenir. De plus, lorsque l'infirmière identifie des ressources appropriées supplémentaires, elle soutient l'élargissement des possibilités d'actions futures. En ce sens, le modèle produit permet de situer les interventions infirmières non seulement dans une perspective d'adaptation, tel que stipulé par le modèle de McGill, mais peut aussi servir de point d'ancrage à des actions d'enseignement et d'accompagnement.

## RÉFÉRENCES

- Abidin, R., & Wilfong, E. (1989). Parenting stress and its relationship to child healthcare. Children's Health Care, 18, 114-116.
- Allen, M. F., & Warner, M. (2002). A developmental model of health and nursing. Journal of Family Nursing, 8, 96-135.
- Andersen, R.M. (1995). Revisiting the behavioral model and access to medical care: Does it matter? Journal of Health and Social Behavior, 36, 1-10.
- Bandura, A. (2004). Health promotion by social cognitive means. Health Education & Behavior, 31, 143-164.
- Becker, M.H., & Maiman, L.A. (1975). Sociobehavioral determinants of compliance with health and medical care recommendations. Medical Care, 13, 10-24.
- Bianco, A., Pileggi, C., & Angelillo, I.F. (2003). Non-urgent visits to a hospital emergency department in Italy. Public Health, 117, 250-255.
- Brown, I., & Shaw, B. (1999). Routine child health care. Revue Canadienne de Santé Publique, 90, 424-425.
- Chande, V. T., Wyss, N., & Exum, V. (1996). Educational interventions to alter pediatric emergency department utilization patterns. Archives of Pediatric and Adolescent Medicine, 150, 525-528.
- Chenitz, W. C., & Swanson, J. M. (1986). From Practice to Grounded Theory: Qualitative research nursing. Los Angeles : Addison-Weesley.
- Christakis, D. A., Mell, L., Koepsel, T. D., Zimmerman, F. J., & Connell, F. A. (2001). Association of lower continuity of care with greater risk of emergency department use and hospitalization in children. Pediatrics, 103, 524-529.
- Claassen, M. (2000). A handful of questions supporting parental decision making. Clinical Nurse Specialist, 14 (4), 189-195.

- Coffey, A., & Atkinson, P. (1996). Making sense of qualitative data. Thousand Oaks : Sage.
- Creswell, J.W. (1998). Qualitative inquiry and research design. Thousand Oaks : Sage.
- Doobinin, K.A., Heidt-Davis, P.E., Gross, T.K., & Isaacman, D.J. (2003). Nonurgent pediatric emergency department visits: Care-seeking behaviour and parental knowledge of insurance. Pediatric Emergency Care, 19, 10-14.
- Feigelman, S., Duggan, A. K., Bazell, C. M., Baumgardner, R. A., Mellits, E. D., & DeAngelis, C. (1990). Correlates of emergency room utilization in the first year of life. Clinical Pediatrics, 29, 698-705.
- Fortin, F. (1996). Le processus de la recherche de la conception à la réalisation. Montréal : Décarie Éditeurs.
- Forrest, C.B., Riley, A.W., Vivier, P.M., Gordon, N.P., & Starfield, B. (2004). Predictors of children's healthcare use, the value of child versus parental perspectives on healthcare needs. Medical Care, 42, 232-238.
- Ganther, J.M., Wiederholt, J.B., & Kreling, D.H. (2001). Measuring patients' medical care preferences: Care seeking versus self-treating. Medical Decision Making, 21, 133-140.
- Gendron, S. (2001). La pratique participative en santé publique : l'émergence d'un paradigme. Thèse de doctorat, Université de Montréal, Montréal, Canada.
- Gill, J. M. (1994). Nonurgent use of the emergency department : Appropriate or not? Annals of Emergency Medicine, 24, 953-957.
- Gottlieb, L., & Ezer, H. (1997). A perspective on health, family, learning, & collaboration. Montréal : McGill University School of Nursing.

- Gottlieb, L., & Rowat, K. (1987). The McGill model of nursing : A practice-derived model. Advances in Nursing Science, 9, 51-61.
- Gouvernement du Québec, ministère de la santé et des services sociaux (1999). Évaluation provinciale des services Info-Santé CLSC, recommandations finales du comité de suivi pour l'amélioration et le développement futur des services. Québec : Direction des communications.
- Gross, G. J., & Howard, M. (2001). Mother's decision-making process regarding health care for their children. Public Health Nursing, 18, 157-168.
- Guba, E. G., & Lincoln, Y. S. (1989). Fourth generation evaluation. Newbury Park : Sage Publications.
- Guttman, N., Zimmerman, D.R., & Nelson, M.S. (2003). The many faces of access : Reasons for medically nonurgent emergency department visits. Journal of Health Politics, Policy and Law, 28, 1089-1120.
- Halfon, N., Newacheck, P. W., Wood, D. L., & St-Peter, R. F. (1996). Routine emergency department use for sick care by children in the United States. Pediatrics, 98, 28-34.
- Herman, A.D., & Mayer, G.G. (2004). Reducing the use of emergency medical resources among head start families : a pilot study. Journal of Community Health, 29, 197-208.
- Higgins, S.S. (2001). Parental role in decision making about pediatric cardiac transplantation : Familial and ethical considerations. Journal of Pediatric Nursing, 16, 332-337.
- Hinds, P.S., Oakes, L., Furman, W., Foppiano, P., Olson, M.S., Quargneti, O.A., Gattuso, J., Powell, B., Srivastana, D.K., Jayawardene, D., Sandlund, J.T., & Strong, C. (1997). Decision making by parents and healthcare professionals when considering continued care for pediatric patients with cancer. Oncology Nursing Forum, 24, 1523-1528.

- Horner, S. D. (1997). Uncertainty in mothers' care for their ill children. Journal of Advanced Nursing, 26, 658-663.
- Huberman, A.M., et Miles, M.B. (1991). Analyses des données qualitatives : recueil de nouvelles méthodes. Bruxelles : De Boeck-Wesmael.
- Janis, I. L., & Mann, L. (1977). Decision-making : A psychological analysis of conflict, choice and commitment. New York : Free Press.
- Johnson, W.G., & Rimsza, M.E. (2004). The effects of access to pediatric care and insurance coverage on emergency department utilization. Pediatrics, 113, 483- 487.
- Katz, S. (2002). When the child's illness is life threatening : Impact on the parents. Pediatric Nursing, 28, 453-463.
- Kérouac, S., Pépin, J., Ducharme, F., Duquette, A., et Major, F. (1994). La pensée infirmière. Laval : Éditions Études Vivantes.
- Koziol-McLain, J., Price, D. W., Weiss, B., Quinn, A. A., & Honigman, B. (2000). Seeking care for nonurgent medical conditions in the emergency department : Through the eyes of the patient. Journal of Emergency Nursing, 26, 554-563.
- Kravitz, M., & Frey, M. A. (1989). The Allen nursing model in J.F. Fitzpatrick, & A. L. Whall (Eds.), Conceptual models of nursing (2<sup>nd</sup> ed., pp.313-329). Norwalk, CT : Appleton, & Lange.
- Laizner, A. M. (2002). Renseignements importants concernant le modèle de soins infirmiers de McGill. Dans P. A. Potter, & A. G. Perry (Éds.), Soins infirmiers (tome 1) (pp. A15-A25). Laval, QC : Éditions Vivants.
- Laperrière, A. (1987). Les méthodologies qualitatives : de la théorie à la pratique. Cahiers de recherche sociologique. L'autre sociologie, 5(2), 5-10.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). Stress Appraisal and Coping. New York : Springer.

- Leduc, N., Champagne, F., Bergeron, S., Ste-Marie, G., et Lafrance, M. (2001). Analyse stratégique des consultations à l'urgence hospitalière dans le cadre d'un réseau intégré de services pédiatriques. Montréal : GRIS, Groupe de recherche interdisciplinaire en santé.
- Lincoln, Y.S., & Guba, E.G. (1985). Naturalistic inquiry. Newbury Park : Sage.
- MacDonald, H. (1996). Mastering uncertainty : Mothering the child with asthma. Pediatric Nursing, 22, 55-59.
- MacLean, S. L., Bayley, E. W., Cole, F. L., Bernardo, L., Lenaghan, P., & Manton, A. (1999). The LUNAR project : A description of the population of individuals who seek health care at emergency departments. Journal of Emergency Nursing, 25, 269-282.
- Maltby, J. H., Kristjanson, L., & Coleman, M. E. (2003). The parenting competency framework : Learning to be a parent of a child with asthma. International Journal of Nursing Practice, 9, 368-373.
- Marcin, J.P., Ellis, J., Mawis, R., Nagrampa, E., Nesbitt, T.S., & Dimand, R.J. (2004). Using telemedicine to provide pediatric subspecialty care to children with special health care needs in an underserved rural community. Pediatrics, 119, 1-6.
- Mayefsky, J. H., El-Shinaway, Y., & Kelleher, P. (1991). Families who seek care for the common cold in a pediatric emergency department. The Journal of Pediatric, 119, 933-934.
- McCartney, P. (2005). Maternal-child telehealth. MCN, American Journal of Maternal Child Nursing, 30, 68.
- Overbay, J.D. (1996). Parental participation in treatment decisions for pediatric oncology ICU patients. Dimensions of Critical Care Nursing, 15, 16-24.



- Padgett, D. K., & Brodsky, B. (1992). Psychosocial factors influencing non-urgent use of the emergency room : A review of the literature and recommendations for research and improved service delivery. Social Science and Medicine, 35, 1189-1197.
- Paillé, P. (1994). L'analyse par théorisation ancrée. Cahiers de recherches sociologiques, 23, 147-181.
- Pierce, P.F. (1997). What is an ethical decision? Critical Care Nurse Clinician, 9, 1-12.
- Piehl, M. D., Clemens, C. J., & Joines, J. D. (2000). Narrowing the gap. Archives of Pediatric and Adolescent Medicine, 154, 791-795.
- Pinch, W.J., & Spielman, M.L. (1990). The parents' perspective : Ethical decision-making in neonatal intensive care. Journal of Advanced Nursing, 15, 712-719.
- Poupart, J., Deslauriers, J-P., Groulx, L-H., Laperrière, A., Mayer, R., et Pires, A-P. (1997). La recherche qualitative : enjeux épistémologiques et méthodologiques. Montréal : Gaëtan Morin.
- Sharma, V., Simon, S. D., Bakewell, J. M., Ellerbeck, E. F., Fox, M. H., & Wallace, D. D. (2000). Factors influencing infant visits to emergency departments. Pediatrics, 106, 1031-1039.
- Smith, M.A., & Bartell, J.M. (2004). Changes in usual source of care and perceptions of health care access, quality and use. Medical Care, 42, 975-984.
- Stern, P. N. (1985). Using grounded theory method in nursing research. In M. M. Leininger (Ed.), Qualitative Research Methods in Nursing (pp.149-160). Orlando, London : Grune, & Stratton.
- Strauss, A., & Corbin, J. (1998). Basics of qualitative research techniques and procedures for developing grounded theory (2<sup>nd</sup> Ed.). California : Sage Publications.

- Sullivan, J. M. (1997). Learning the baby : A maternal thinking and problem-solving process. Journal of the Society of Pediatric Nurses, 2, 21-28.
- Tesch, R. (1990). Qualitative research : Analysis types and software tools. London : The Falmer Press.
- Woodward, C. A., Boyle, M. H., Offord, D. R., Cadman, D. T., Links, P. S., Munroe-Blum, H., Byrne, C., & Thomas, H. (1988). Ontario child health study : Patterns of ambulatory medical care utilization and their correlates. Pediatrics, 82, 425-433.
- Woolfenden, S., Ritchie, J., Hanson, R., & Nossar, V. (2000). Parental use of a pediatric emergency department as an ambulatory care service. Australian and New Zealand Journal of Public Health, 24, 204-206.
- Zimmer, K.P., Walker, A., & Minkovitz, C.S. (2005). Epidemiology of pediatric emergency department use at an urban medical center. Pediatric Emergency Care, 21, 84-89.

Appendice A - Échelle canadienne de triage et de gravité

## ÉCHELLE CANADIENNE DE TRIAGE ET DE GRAVITÉ

Les patients doivent être évalués au triage dans un délai de 10 minutes après leur arrivée à l'urgence

<b>Niveau I – Réanimation</b>		
	Présentation usuelle	Diagnostics-cibles
Délai jusqu'à évaluation par l'infirmière <b>IMMÉDIAT*</b> Délai jusqu'à évaluation par le médecin <b>IMMÉDIAT</b>	Code / ACR Trauma majeur Choc Asthme (moribond) Détresse respiratoire sévère État de conscience altérée (inconscient / delirium) Convulsions	Choc traumatique Pneumothorax : traumatique / sous tension Brûlure faciale avec compromis des voies aériennes Brûlure sévère > 30% surface corporelle Intoxication avec hypotension / inconscience Anévrisme de l'aorte abdominale (AAA) IM avec complications / IVG / hypotension Status asthmaticus Trauma crânien : majeur / inconscience Status epilepticus
<b>Niveau II – Très urgent</b>		
	Présentation usuelle	Diagnostics-cibles
Délai jusqu'à évaluation par l'infirmière <b>IMMÉDIAT*</b> Délai jusqu'à évaluation par le médecin <b>15 MINUTES*</b>	Trauma crânien (haut risque : état de conscience altérée) Trauma sévère État de conscience altérée (léthargique, somnolent, agitation) Exposition oculaire à produits chimiques Réaction allergique (sévère) Douleur thoracique : * Viscérale, non traumatique * ± Symptômes associés Intoxication (patient conscient) / sevrage Douleur abdomen (âge > 50 ans) avec symptômes viscéraux Douleur dorso-lombaire (sans trauma, non-MSQ) Saignement GI + SV anormaux ACV avec déficit majeur Asthme sévère (PF < 40%) Dyspnée / difficulté respiratoire, modérée / sévère Saignement vaginal * Aigu avec douleur (EDD) > 5/10 * ± SV anormaux Vomissements et/ou diarrhée (avec déshydratation) Signes d'infections sérieuse (rash purpurique, toxicité) Patient immunocompromis / sous chimiothérapie Fièvre (âge ≤ 3 mois), T° > 38°C rectale Épisode psychotique aigu / agitation extrême Diabète : hypoglycémie / hyperglycémie Céphalée : EDD = 8 à 10/10 Douleur : EDD = 8 à 10/10 (loge rénale, dorsale, oculaire) Agression sexuelle Nouveau-né (âge ≤ 7 jours)	Trauma crânien Trauma, atteintes multiples, fractures de côtes multiples Trauma cervical / médullaire Brûlure oculaire par caustique / alcaline Anaphylaxie IM, angine instable, IVG, douleurs thorax non précisée Reflux gastro-oesophagien Intoxication avec Rx / substance non spécifiée AAA, appendice, cholécystite Saignement GI, hypotension ACV Asthme sévère MPOC, laryngite Avortement spontané Grossesse ectopique / rupturée Épiglottite, méningite, septicémie Épisode psychotique aigu / agitation Hypoglycémie / hyperglycémie, acidocétose diabétique Migraine Lithiase rénale, lombalgie / étirement (hernie), kératite, uvéite

<b>Niveau III – Urgent</b>		
	<b>Présentation usuelle</b>	<b>Diagnostics-cibles</b>
Délai jusqu'à évaluation par l'infirmière 30 MINUTES* Délai jusqu'à évaluation par le médecin 30 MINUTES*	Trauma crânien, alerte, avec vomissements Trauma modéré Abus / négligence / agression Vomissements et/ou diarrhées ( $\leq 2$ ans) Problèmes de dialyse Signes d'infection Asthme léger / modéré (PF $> 40\%$ ) Dyspnée légère / modérée Douleur thorax * Sans symptôme viscéral (perçante/MSQ) * Sans antécédent de MCAS Saignement GI avec SV normaux Saignement vaginal aigu avec SV normaux Convulsions, alerte à l'arrivée Psychose aiguë $\pm$ idéation suicidaire EDD = 8 à 10/10 avec blessure mineure EDD = 4 à 7/10 (céphalée, loge rénale, dorsale)	Trauma crânien Luxation antérieure de l'épaule, fracture du tibia / péroné Fracture de cheville bi / trimalléolaire Pyélonéphrite Asthme sans status / MPOC Bronchiolite / laryngite, pneumonie Douleur thoracique sans autre symptôme (MSQ, GI, RESP) Saignement GI sans complication Avortement spontané Convulsions Psychose aiguë $\pm$ idéation suicidaire Migraine, lithiase rénale, lombalgie / entorse (hernie)
<b>Niveau IV – Moins urgent</b>		
	<b>Présentation usuelle</b>	<b>Diagnostics-cibles</b>
Délai jusqu'à évaluation par l'infirmière 60 MINUTES* Délai jusqu'à évaluation par le médecin 60 MINUTES*	Trauma crânien, alerte, sans vomissement Trauma mineur Douleur abdominale (aiguë) Otalgie Douleur thoracique, trauma majeur / MSQ, sans détresse Vomissements et diarrhées ( $> 2$ ans, sans déshydratation) Idéation suicidaire / dépression Réaction allergique (mineure) Corps étranger cornéen Lombalgie / dorsalgie (chroniques) Symptômes d'infection urinaire EDD = 4 à 7/10 Céphalées (non migraineuses / non subites)	Trauma crânien, alerte, sans vomissement Fracture de Colles, entorse de la cheville Appendicite, cholécystite Otite moyenne / externe Douleur thoracique sans autre symptôme (MSQ, GI, RESP) Reflux gastro-oesophagien Idéation suicidaire / dépression Urticaire Corps étranger cornéen Lombalgie / étirement musculaire Infection urinaire
<b>Niveau V – Non urgent</b>		
	<b>Présentation usuelle</b>	<b>Diagnostics-cibles</b>
Délai jusqu'à évaluation par l'infirmière 120 MINUTES* Délai jusqu'à évaluation par le médecin 120 MINUTES*	Trauma mineur, pas nécessairement aigu Douleur gorge, sans symptômes respiratoires Diarrhée isolée (sans déshydratation) Vomissement isolé, conscience normal (sans déshydratation) Menstruations Symptômes mineurs Douleurs abdominales (chroniques) Symptômes psychiatriques EDD $< 4/10$	Lombalgie / étirement musculaire Infection urinaire Gastro-entérite Vomissements Problèmes menstruels Changement de pansement Changement de plâtre Constipation Symptômes : névrotiques, troubles de personnalité et troubles mentaux non spécifiques Lacération superficielle non spécifiée

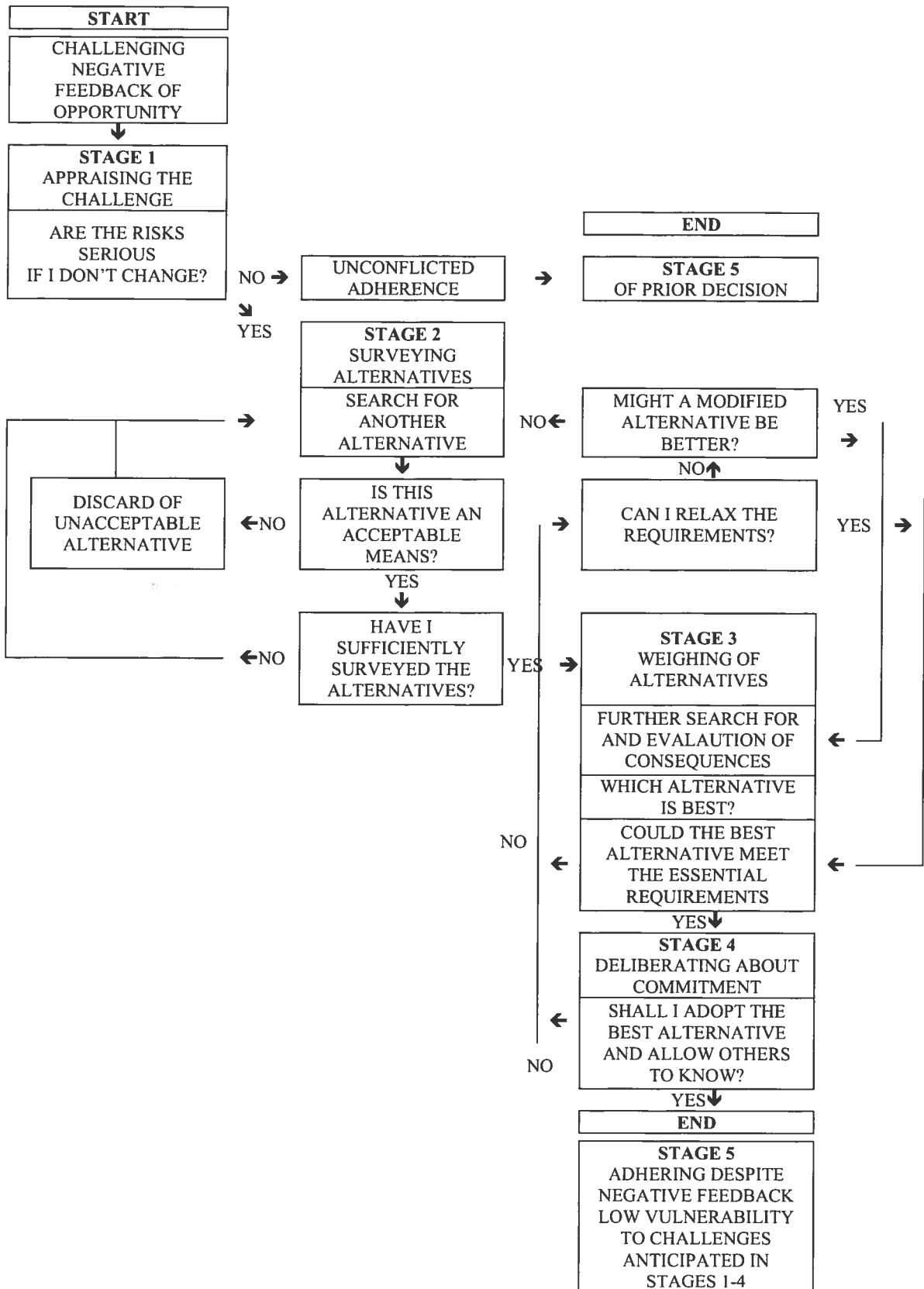
\* LES DÉLAIS JUSQU'À L'ÉVALUATION représentent des objectifs opérationnels et non des normes de soins établies. Les unités sans couverture médicale sur place peuvent atteindre ces objectifs en utilisant des protocoles de délégation et des systèmes de communication à distance.

Tiré de : <http://www.hc-sc.gc.ca>

Appendice B - Modèle de prise de décision de Janis et Mann

## MODEL OF THE STAGES OF DECISION MAKING

Tiré de Janis & Mann (1977)



Appendice C - Fiche de recrutement



## FICHE DE RECRUTEMENT

**Titre de l'étude : Le processus décisionnel du parent face à la consultation à l'urgence pédiatrique**

Nom du parent : \_\_\_\_\_

Suite à l'évaluation de l'infirmière du triage, les critères de sélection suivants sont remplis :

- L'enfant est catégorisé non-urgent ( catégorie 4 ou 5)
- L'enfant est âgé entre 2 et 5 ans
- La raison de consultation s'articule autour des symptômes suivants : rhume (congestion nasale, toux), mal d'oreille, irritation ou démangeaison cutanée ou maux de ventre (nausée, vomissement, diarrhée)
- Le parent est en mesure de s'exprimer facilement en français

Les critères de sélection suivants seront confirmés par l'infirmière responsable de la recherche :

- La personne présente à l'urgence avec l'enfant est le parent ou le tuteur légal
- Le parent présent à l'urgence est celui qui a pris la décision de consulter à l'urgence
- Le parent réside au Québec depuis au moins 5 ans
- Le parent accepte d'être enregistré sur bande audio lors de l'entrevue à domicile

Appendice D - Formulaire de consentement

## FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

### **TITRE DE L'ÉTUDE**

Le processus décisionnel du parent face à la consultation à l'urgence pédiatrique

### **INFIRMIÈRE RESPONSABLE DE L'ÉTUDE**

Androniki Tsoybariotis, B.Sc.Inf.

Candidate à la Maîtrise en sciences infirmières à l'Université de Montréal

### **DIRECTRICES**

Sylvie Gendron, Ph.D.

Professeur adjointe à la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal

Andréa Maria Laizner, Ph.D.

Consultante en recherche en sciences infirmières à l'Hôpital Royal Victoria du Centre universitaire de santé McGill

Commanditaire : aucun

### **INTRODUCTION**

Les données actuelles nous démontrent qu'il y a un nombre considérable de consultations à l'urgence pédiatrique. Puisque le nombre de visites est élevé ceci entraîne un engorgement dans les services d'urgence, de longues attentes et de l'insatisfaction de la part des personnes en besoin de services. Les recherches actuelles qui se sont penchées sur cette situation sont surtout effectuées aux États-Unis. Cependant, puisque leur système de santé est très différent du nôtre, les résultats des études américaines ne sont pas nécessairement concluants pour nous. Nous pensons que pour mieux répondre aux besoins des parents et de leurs enfants face à cette situation il est important de consulter les parents et de comprendre le cheminement qui les a conduit à prendre la décision de se rendre à l'urgence pour leur enfant.

### **BUT DE L'ÉTUDE**

Le but de cette étude est de mieux comprendre le processus décisionnel de parents qui consultent à l'urgence pour une problématique de santé chez leur enfant. Les résultats de cette étude permettront aux infirmières de mieux comprendre la situation telle que vécue par les parents, ceci afin d'élaborer des interventions infirmières visant à mieux soutenir les parents face à une situation en regard de la santé de leurs enfants.

## MODALITÉS DE PARTICIPATION À L'ÉTUDE

Nous sollicitons votre participation pour effectuer cette étude. Suite à votre évaluation au triage, l'infirmière du triage vous a remis ce document expliquant l'étude. Ensuite, l'étudiante chercheuse vous demandera la permission de vous rencontrer quelques instants lors de votre attente à l'urgence. Cette rencontre aura lieu dans une salle privée tout près de la salle d'attente, où il sera possible de discuter en toute confidentialité tout en étant en mesure d'entendre l'appel du personnel pour votre consultation médicale.

Lors de la rencontre à l'hôpital, l'étudiante chercheuse :

- vous informera sur l'étude
- déterminera si vous êtes éligibles pour l'étude (voir conditions de participation)
- répondra à vos questions concernant l'étude
- sollicitera votre participation
- fixera, avec vous, une rencontre à votre domicile dans les 2 à 5 jours suivant votre visite à l'urgence pour effectuer une entrevue d'environ une heure
- vous demandera de signer le formulaire de consentement (si vous préférez prendre le temps de relire ce document avant de signer le consentement, il sera possible de signer le formulaire au début de la rencontre à domicile).

La journée avant la rencontre à domicile, l'étudiante chercheuse :

- vous téléphonera afin de confirmer la date et l'heure de la rencontre
- répondra à toute autre question que vous pourriez avoir concernant l'étude

Lors de la rencontre à domicile, l'étudiante chercheuse :

- s'assurera que le but et les objectifs de l'étude sont clairs pour vous
- vous posera quelques questions pour compléter un petit questionnaire sociodémographique permettant de donner un portrait général des participants à l'étude
- enregistrera l'entrevue sur bande audio
- vous rappellera qu'il est possible qu'elle vous contacte une fois, après l'entrevue, pour clarifier certains éléments lors de l'analyse qu'elle fera de vos propos
- vous demandera si vous seriez disponible pour une deuxième rencontre afin de discuter des résultats de l'étude une fois l'analyse terminée.

## CONDITIONS DE PARTICIPATION

Pour participer à l'étude il est essentiel que vous rencontriez les conditions suivantes :

- être le parent ou tuteur légal de l'enfant qui se présente à l'urgence
- être le parent ayant décidé de se présenter à l'urgence (dans le cas où les deux parents auraient décidé de se présenter à l'urgence, vous pourrez désigner un parent pour participer à l'étude)
- avoir été évalué par l'infirmière du triage et être catégorisé en priorité 4 ou 5 ; c'est-à-dire que la période d'attente pour l'évaluation du médecin ne présente pas de risques de détérioration de l'état de santé de votre enfant.
- l'enfant pour qui vous vous présentez à l'urgence a entre 2 et 5 ans

- La raison de votre consultation s'articule autour des symptômes suivants : rhume (congestion nasale, toux), mal d'oreille, irritation ou démangeaison cutanée ou maux de ventre (nausée, vomissement, diarrhée)
- résider au Québec depuis 5 ans et plus
- être en mesure de vous exprimer facilement en français
- accepter que votre entrevue soit enregistrée sur bande audio pour les fins d'analyse des données

À noter qu'il n'y a pas de montant forfaitaire pour participer à cette étude.

### AVANTAGES À PARTICIPER

Votre participation à cette étude va contribuer à l'avancement des connaissances dans le domaine des soins infirmiers et la population pourra bénéficier d'une meilleure qualité de soins. En effet, les résultats obtenus suite à cette étude pourront grandement aider les infirmières à comprendre la prise de décision des parents quant à leur consultation à l'urgence et à mieux intervenir pour soutenir les parents lorsqu'ils consultent à l'urgence avec leurs enfants. En termes de bénéfices directement reliés à votre participation à cette étude, vous aurez accès, à la fin de l'entrevue, à une infirmière (l'étudiante chercheuse) familière avec le contexte d'urgence pour répondre à vos questions et offrir des renseignements quant aux ressources disponibles pour gérer des situations semblables.

### RISQUES ET INCONFORTS

Cette étude ne représente aucun risque ou inconfort pour vous ou votre enfant si ce n'est que du temps requis pour l'entrevue d'environ une heure. Vous aurez la possibilité de contacter l'étudiante chercheuse suite à l'entrevue si vous avez des questions ou des commentaires à formuler.

### PARTICIPATION VOLONTAIRE ET RETRAIT OU EXCLUSION DE L'ÉTUDE

Votre participation à cette étude est entièrement volontaire. Vous êtes donc libre de refuser d'y participer. Vous pouvez également vous retirer à n'importe quel moment, sans avoir à donner des raisons, en faisant connaître votre décision à l'étudiante chercheuse. Votre décision de ne pas participer à l'étude ou de vous retirer n'aura aucune conséquence sur les soins qui seront fournis à votre enfant ou à vos soins, par la suite ou sur vos relations avec les professionnels de la santé.

## CARACTÈRE CONFIDENTIEL DES INFORMATIONS

Toutes les informations recueillies demeureront strictement confidentielles puisque des codes seront utilisés pour vous identifier lors de la collecte des données, l'analyse et la rédaction des résultats. Une fiche d'identité sur laquelle figure votre code d'identification et votre nom, adresse, et numéro de téléphone, le formulaire de consentement signé ainsi que la fiche de recrutement seront gardés dans un classeur sous clef, séparément des documents de la recherche, afin que votre identité soit gardée confidentielle. La fiche d'identité est importante afin que l'étudiante chercheuse soit en mesure de vous rejoindre pour confirmer la visite à domicile, obtenir des clarifications après l'entrevue si nécessaire et pour vous contacter (si vous avez accepté lors de la rencontre à domicile) afin de discuter des résultats de l'analyse. Le questionnaire sociodémographique, les transcriptions des entrevues ainsi que les bandes audio seront gardés dans un endroit sécuritaire où seule l'étudiante chercheuse et ses directrices auront accès.

La fiche d'identité et la fiche de recrutement seront détruites tout de suite après la rédaction de la recherche c'est-à-dire en décembre 2004. Les bandes audio ainsi que les documents recueillis (formulaire de consentement, questionnaire sociodémographique et transcriptions des entrevues) seront détruits un an après la production du rapport de recherche soit en décembre 2005.

Les résultats de cette étude seront présentés dans le cadre d'un mémoire de maîtrise en sciences infirmières et pourront être publiés dans une revue scientifique mais ni votre identité ni celle de votre enfant seront dévoilées. Cependant, à des fins de contrôle du projet de recherche, votre dossier pourra être consulté par une personne mandatée par le Comité d'éthique et de la recherche du centre hospitalier, adhérant à une politique de stricte confidentialité.

## PERSONNES À CONTACTER

Si vous avez des questions à poser au sujet de cette étude ou s'il survient un incident quelconque ou si vous désirez vous retirer de l'étude, vous pouvez contacter en tout temps l'étudiante chercheuse ou ses directrices.

Androniki Tsoybariotis

Sylvie Gendron

Andréa Maria Laizner

██████████

514-343-6111 poste 8853

514-934-1934 poste 35918

Si vous voulez poser des questions sur vos droits en tant que participant à cette étude, vous pouvez contacter la présidente du Comité d'éthique et de la recherche du centre hospitalier concerné.

Si vous avez des plaintes ou commentaires à formuler, vous pouvez communiquer avec le commissaire local à la qualité des services.

## CONSENTEMENT

Le processus décisionnel du parent face à la consultation à l'urgence pédiatrique

**Étudiante chercheuse : Androniki Tsoybariotis**

Votre signature atteste que vous avez clairement compris les renseignements concernant votre participation au projet de recherche et indique que vous acceptez d'y participer.

Elle ne signifie pas que vous acceptez d'aliéner vos droits et de libérer les chercheurs de leurs responsabilités juridiques ou professionnelles.

Vous êtes libre de vous retirer en tout temps de l'étude sans compromettre la prestation de soins nécessaires à la santé de votre enfant.

Votre participation devant être aussi éclairée que votre décision initiale, vous devez en connaître tous les tenants et les aboutissants au cours du déroulement de la recherche.

---

- La nature de l'étude, le déroulement de l'étude, les risques et bénéfices que comporte ma participation à cette étude ainsi que le caractère confidentiel des informations qui seront recueillies au cours de l'étude m'ont été expliqués.
- J'ai eu l'occasion de poser toutes les questions concernant les différents aspects de l'étude et de recevoir des réponses satisfaisantes.
- Je reconnais qu'on m'a laissé le temps voulu pour prendre ma décision.
- Je soussigné(e), accepte volontairement de participer à cette étude.
- Je reconnais avoir reçu une copie des renseignements aux participants et du formulaire de consentement.

---

Nom du participant

---

Signature

---

Date

---

Nom de l'infirmière  
responsable de l'étude

---

Signature

---

Date

---

Nom du témoin

---

Signature

---

Date



Appendice E - Fiche d'identité

**FICHE D'IDENTITÉ**

NOM DE LA PERSONNE INTERVIEWÉE :

\_\_\_\_\_

ADRESSE : \_\_\_\_\_

# TÉLÉPHONE : ( ) \_\_\_\_\_ CODE : \_\_\_\_\_

Appendice F - Questionnaire sociodémographique

## QUESTIONNAIRE SOCIODÉMOGRAPHIQUE

CODE : \_\_\_\_\_

SEXE :   **F**       **M**

STATUT CIVIL : CÉLIBATAIRE \_\_\_\_\_

MARIÉ OU CONJOINT DE FAIT \_\_\_\_\_

DIVORCÉ OU SÉPARÉ \_\_\_\_\_

VEUF OU VEUVE \_\_\_\_\_

PAYS DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_

NOMBRE D'ANNÉES RÉSIDANT AU CANADA : \_\_\_\_\_

NIVEAU DE SCOLARITÉ :

PRIMAIRE \_\_\_ SECONDAIRE \_\_\_ COLLÉGIAL \_\_\_ UNIVERSITAIRE \_\_\_

ÂGE DE L'ENFANT : \_\_\_\_\_ RANG DANS LA FAMILLE : \_\_\_\_\_

NOMBRE D'ENFANTS DANS LA FAMILLE : \_\_\_\_\_

RAISON DE LA CONSULTATION : \_\_\_\_\_

CATÉGORIE DE TRIAGE : \_\_\_\_\_

SOURCE PRINCIPALE DE REVENU : \_\_\_\_\_

REVENU ANNUEL NET DE LA FAMILLE :

MOINS DE 20 000\$ \_\_\_\_\_ 20 000\$ à 39 999\$ \_\_\_\_\_ 40 000\$ à 79 999\$ \_\_\_\_\_  
80 000\$ et plus \_\_\_\_\_

Appendice G - Guide d'entrevue

## GUIDE D'ENTREVUE

1. Racontez-moi ce qui s'est passé jusqu'à ce que vous décidiez de venir à l'urgence avec votre enfant.

1.1 Décrivez-moi la suite des événements qui se sont produits jusqu'à votre consultation à l'urgence.

2. Qu'est-ce qui vous a amené à décider de consulter à l'urgence avec votre enfant ?
3. Quels sont les éléments qui ont été les plus importants dans votre décision de vous présenter à l'urgence avec votre enfant ?

3.1 Quel a été l'élément le plus important?

4. Quelles sont les personnes dans votre entourage qui vous ont influencé ou aidé dans votre décision de consulter à l'urgence?
5. Comment ces personnes vous ont-elles influencé ou aidé dans votre décision?
6. Quelles sont les ressources que vous avez consultées avant de vous présenter à l'urgence avec votre enfant?
7. Comment on se sent comme parent lorsqu'on vit une situation de santé telle que vous l'avez vécu récemment avec votre enfant?

Appendice H - Extrait d'une transcription avec les notes d'observation

1 A : Bon j'aimerais ça que vous me racontiez qu'est-ce qui  
2 s'est passé, les événements là jusqu'à ce que vous  
3 consultiez avec Audrée au début de la semaine, je crois que  
4 c'était mardi.

5 P1 : Elle a commencé à faire de la température lundi, tout  
6 de suite après le dîner, environ à la garderie. Alors ils ont  
7 donné du Tempra, ils m'ont appelé, y ont donné du  
8 Tempra, pis comme je finis à 15 :30 j'ai été la chercher. Pis  
9 là elle faisait de la température, je l'ai gardé parce qu'ils  
10 disent de pas consulter avant 24 heures, au moins, pis là le  
11 lendemain le mardi ils m'ont rappelé à 11 :30 pour me dire  
12 qu'elle faisait encore de la température fait que là j'ai dit,  
13 j'ai lâché le travail et puis j'ai été à l'urgence de la clinique  
14 à côté de chez moi.

15 P2 : Entre temps il faut mentionner que la fièvre diminuait  
16 à chaque fois qu'y avait...

17 P1 : Du Tempra.

18 P2 : Une dose de Tempra, de, de, de donné là. Fait que ça  
19 réduisait l'inquiétude, quand la fièvre tombe pas...

20 A : C'est plus inquiétant.

21 P2 : C'est inquiétant.

22 A : O.K.

23 P1 : Pis moi je consulte, 24 heures. Des fois je suis allée la  
24 même journée pis là ils me disaient ah non vous êtes mieux  
25 d'attendre alors, j'ai attendu...

26 A : O.K.

27 P1 : 24 heures.

28 A : Pis là vu qu'elle avait encore de la fièvre vous avez  
29 consulté?

30 P1 : C'est ça.

31 A : Parce...



- 32 P1 : Sans symptômes. Elle n'avait pas le nez qui coulait,  
33 elle avait rien là.
- 34 A : C'était uniquement la fièvre?
- 35 P1 : Oui.
- 36 A : Qui se résorbait là avec soit le Tempra ou l'Advil mais  
37 bon, dès que la période là de 4 heures ou de 6 heures, ça  
38 revenait donc on...
- 39 P2 : On redonnait d'autre Advil ou d'autre Tempra.
- 40 A : Parfait. Aucun autre symptôme. Est-ce que vous aviez  
41 noté les changements dans son comportement?
- 42 P1 : Non sauf que c'est ça ils me disaient sur l'heure du  
43 dîner quand ils m'ont appelé à 11 :00, ah non 11 :00 c'est  
44 heure qui dînent, elle voulait pas manger. Tout ce qu'elle a  
45 pris en fin de compte que j'ai été  
46 la chercher c'est un petit yogourt.
- 47 A : O.K. Donc une petite perte d'appétit.
- 48 P1 : Mais je voyais ouais.
- 49 P2 : Une perte d'appétit mais buvait beaucoup.
- 50 A : Excellent.
- 51 P2 : Fait que c'était, encore une source qui diminuait  
52 l'inquiétude pis qui faisait qu'on était pas pressé d'aller à la  
53 clinique.
- 54 A : O.K.
- 55 P1 : C'est ça à clinique elle jouait, chu tu là pour rien?
- 56 A : Donc elle a été quand même à la garderie dans l'après-  
57 midi du lundi et dans la, l'avant-midi du mardi?
- 58 P2 : L'avant-midi du mardi.
- 59 A : Puis bon elle était quand même alerte et...
- 60 P1 : Oui oui.
- 61 A : Jouait.
- 62 P2 : Oui oui oui.

63 A : O.K. Donc à partir du moment où vous avez reçu le  
 64 téléphone mardi qu'elle faisait encore de la fièvre, qu'est-  
 65 ce qu'y a fait en sorte que vous avez décidé de consulter à  
 66 ce moment-là?

67 P1 : Ben là ça faisait 24 heures, c'était assez là (rires).

68 P2 : Ben c'était...

69 P1 : Moi je suis une personne très inquiète donc...

70 P2 : Ça faisait 24 heures mais aussi étant donné qu'on lui  
 71 avait donné

72 du Advil à 6 :00 le matin...

73 A : Uh hum.

74 P2 : Le mardi matin et que cette information-là avait  
 75 transmise à la garderie, eux ne voulaient pas lui donner  
 76 d'autre Tempra ou d'autre Advil avant midi pis c'est à dire  
 77 la période 6 à 8 heures qu'il faut attendre, et la température  
 78 avait déjà repris de plus belle vers 11 :00, 11 :15...

79 P1 : Ça c'est à 11 :00.

80 P2 : Fait que c'est là que y on dit ben votre fille fait de la  
 81 fièvre, nous ont lui donne pas d'autre Advil fait que, faites  
 82 quelque chose.

83 A : O.K.

84 P2 : Fait que c'est là que...

85 P2 : Chantal a été la chercher.

86 A : O.K. Et vous tantôt vous mentionnez bon normalement  
 87 quand elle fait de la fièvre ou quand comme ça vous  
 88 attendez 24 heures parce que vous  
 89 avez eu des expériences passées ou...

#### Légende

A : Androniki ou étudiante chercheure

P1 : Parent 1

P2 : Parent 2

Appendice I - Extrait du chapitre interprétatif du journal de bord

**Exemple du chapitre interprétatif**

Voici un exemple de tableau en octobre 2004

<b>THÈME</b>	<b>CATÉGORIE</b>	<b>CODE</b>
Perception de gravité	Signes et symptômes	Signes et symptômes
		Observation et évolution des signes et symptômes
		Traitements
		Souffrance
		Contagion
	Expérience antérieure	Expérience antérieure
		Traitements
	Histoire médicale	Histoire médicale
		Connaissances médicales
	Situation nouvelle	Situation nouvelle ou inconnue
		Capacité de s'exprimer
		Étonnée ou surprise

Appendice J - Extrait du dossier des codes

Signes et symptômes	A-1-6	Avait une bonne toux depuis au moins une semaine ou quelques jours
	A-1-9-10	Elle ne dormait plus, elle pleurait quasiment toute la nuit
	A-1-28-29	J'entends des râlements et du bruit dans ses poumons
	A-2-47-49	Tous ces symptômes étaient corrects c'était juste une mauvaise toux
	A-3-76-77	Elle n'avait pas tant de fièvre, elle a fait peut-être une journée avant
	A-4-121-122	Juste un rhume, un bon rhume, une bonne toux, puis la dernière journée c'était la fièvre
	A-5-144-151	Moi ça aurait été la fièvre, ça aurait été la fièvre, si elle aurait fait plus de fièvre vraiment elle en a fait peut-être une journée puis pas plus.
	A-6-168-171	Si on voit qu'elle est inactive, je veux dire elle joue, elle se promène tout partout quand elle commence à s'asseoir puis à dormir
	A-6-178-179	C'est la fièvre
	A-7-188-189	Moi c'est vraiment la fièvre, si je vois que c'est extrême, puis tu vois qu'elle n'est pas elle-même
	A-8-235-236	Elle n'était pas assez mal pour dire... la température n'était pas assez haute
	A-8-237-238	Elle était bien elle ne faisait pas de température
	A-8-242-243	C'est ça elle bougeait, elle riait, on voyait qu'elle était en forme
	A-9-248	Elle toussait beaucoup gras
	A-16-469-470	C'est son état, juste son état, la façon qu'elle est. La haute température puis son état physique
	A-17-506	Puis elle avait de la fièvre aussi
	A-18-531-532	Puis surtout passer des nuits debout
	A-19-560-562	Pourtant elle mangeait bien, elle buvait normalement sauf que tu voyais son état physique ce n'était pas normal, c'était pas elle
	A-20-608-609	Quand je vois qu'ils ne sont pas comme qu'ils sont d'habitude
	A-24-720-721	Je n'aime pas les fièvres, j'ai jamais aimé les fièvres
	B-1-11-12	Elle a commencé à faire de la température vers midi
	B-1-18-19	Dès qu'on a les signes d'irritabilité, fièvre
	B-2-58-60	Elle était dans un état fiévreux et qu'elle dort et puis qu'elle est plus léthargique
	B-3-62	Elle joue pas
	B-3-88-91	Depuis jeudi qu'elle mangeait pas, qu'elle buvait pas, elle avait bu en tout en fin de semaine quasiment juste 5-6 oz de liquide

B-6-155	Elle dort toujours
B-6-157	Elle est amorphe, couchée là
B-6-160-161	Elle a mal au corps
B-6-166	Des douleurs des courbatures
B-6-168	Elle se plaint qu'elle a mal au ventre
B-6-169-170	Bon entre autres l'irritabilité, aussi très très irritable
B-6-172	Perte d'appétit, et surtout perte de...elle ne boit pas
B-8-216-217	Un moment donné c'est surtout qu'elle buvait pas là
B-8-239-240	C'était pas de la grosse fièvre comme là c'était juste des petites fièvres, D'irritabilité
B-9-262-263	C'est pas une fièvre d'otite ou de rhume ou de tu sais... tu vois ton bébé à moitié coma là
B-10-301	L'histoire de la fièvre qui baissait pas
B-11-321	C'est vraiment la fièvre incroyable
B-11-318-319	Une très belle nuit (rires)
B-14-418-419	Vu la déshydratation, aussi le fait qu'elle qu'elle buvait pas
B-14-421-423	Elle ne faisait plus pipi, ça faisait 2 jours qu'elle n'avait pas mouillé sa couche
B-15-436	Que sa fièvre ne se résorbait pas
B-26-788-789	C'était de la vraiment grosse fièvre c'est pas comme quand c'est de la petite Fièvre là
B-27-819-821	C'était, c'était beaucoup elle était beaucoup plus encore moins moins en Forme là. Puis là elle avait plus bu
D-1-8-10	Ma fille était assis puis qu'elle avait l'air pas bien là. J't'allée toucher, j'ai réalisé qu'elle faisait de la fièvre
D-2-31-32	Le 104 ça m'inquiétait je savais que c'était beaucoup de température
D-2-38-39	La petite elle n'était pas dans un bon état non plus
D-4-94-95	Elle se plaignait de mal de tête, de gros mal de tête
D-5-123-124	Elle dormait tout le temps, elle voulait juste dormir
D-5-132	Non elle avait pas mangé
D-5-134-135	Elle voulait se coucher
D-5-145	Elle était pour "feeler" mal par après là
D-9-246-247	Elle s'est assis d'un coup sec pis la fièvre a commencé
D-9-260-262	Elle avait le nez qui coulait un peu mais, pas, rien

		pour dire qu'elle était assise sur le sofa à « feeler » pas bien là tu sais.
D-43-1294-		Parce que en plus pendant que j'étais à l'urgence elle a vomis une fois ma
1295		Fille là
D-43-1304-		Fait que là c'était mal de tête, fièvre, vomissement pis mal de ventre, là ça
1306		Commençait à faire ben des affaires là.
E-1-6		Il était couché
E-1-7		Ça commencé dimanche mal à la gorge
E-1-9-10		Y commençait à frotter les yeux, pis on voyait que y avait du... c'est jaune
E-1-11-12		Il se grattait tellement les yeux que c'est venu toute rouge pis il saignait.
E-12-346		La fièvre...
E-12-348-351		Je vois qu'il « feel » pas parce que tu sais je vois que mon fils y est très très très actif, pis quand qu'y est assis tranquille c'est parce qu'y a quelque chose.
E-12-353-354		La température, s'il mange bien, des choses comme ça
F-1-5-8		Je me suis retrouvé que bon, le le petit se réveillait commençait à se Réveiller en en plein milieu de la nuit à cause que justement, il « feelait » pas Il sentait pas bien
F-1-11-12		En le touchant tu vois qu'il est un petit peu plus chaud
F-6-189-190		Ben c'était surtout le faite que, qu'il se réveillait...
F-7-191-193		Qui se réveillait pendant la nuit pis que il arrivait pas à passer sa nuit à dormir. Il était vraiment, j'ai mal, je souffre pis ça l'empêchait de dormir
F-7-219-220		Tu continues à avoir de la fièvre pis tu sais un moment donné...
F-7-220-223		Ça faisait 2, 2 nuits, 3 nuits qui nous faisait passer quasiment parce que à Tout bout de champ il se réveillait, y pleurait pis qu'y avait mal.
F-8-247-248		Lui ça faisait 2, 3, 4 jours là que braille, braille, braille pis j'ai mal.
F-8-251		Y avait toujours mal, y avait toujours mal
F-12-369-370		Parce que son son urine je l'avais remarqué, elle était très foncée.
F-21-635-636		Ça faisait 3 fois qui se réveillait là pis bobo pis bobo un moment donné



Appendice K - Extrait du dossier de catégories

### Exemple du dossier d'une catégorie

#### **SIGNES ET SYMPTÔMES**

Définition : Manifestations (habituellement physiques) chez l'enfant qui sont différentes de son état normal.

- Ce qui revient FIÈVRE, c'est l'élément inquiétant qui entraîne d'autres signes et symptômes tels que la fatigue, la perte d'appétit et la douleur.
- Lorsqu'ils passent une nuit difficile où l'enfant ne dort pas bien, cela augmente l'inquiétude et les signes et symptômes s'aggravent.
- Certains signes et symptômes tel que les pics de fièvre ou une température élevée soudainement sont des éléments qui entraînent une consultation alors que pour les signes et symptômes de toux, rhume, douleur, perte d'appétit la consultation survient à la suite de quelques jours ou les symptômes se détériorent ou s'ajoutent.
- Notion de souffrance liée aux signes et symptômes du patient (tel que perçu par les parents).
- Lorsque les symptômes sont nouveaux ou pas connus par le parent ceci les incite à consulter plus rapidement
- Plus les symptômes se répercutent sur les activités de vie quotidiennes de l'enfant, plus cela entraîne une consultation rapide

## OBSERVATION ET ÉVOLUTION DES SYMPTÔMES

Définition : En général les parents attendent quelques jours avant de consulter par contre leur consultation est précipitée lorsque les signes et symptômes sont SOUDAINS versus PROGRESSIFS et lorsque les signes et symptômes se détériorent. De plus, si l'enfant n'est pas soulagé par les traitements à domicile la consultation est devancée.

- Les pics de fièvre sont une source d'inquiétude et on sait que la température est plus élevée en soirée chez les enfants donc ceci expliquerait leur consultation à l'urgence puisque les autres ressources sont fermées (CLSC, cliniques).
- Le niveau de tolérance des signes et symptômes est plus élevé avec les enfants qui sont plus vieux et qui sont capables de s'exprimer et verbaliser leur inconfort.
- Lorsque l'enfant a un antécédent médical et que les signes et symptômes se présentent, ils consultent rapidement.
- Le parent décide de consulter plus souvent à cause du temps de présence des signes et symptômes que de l'état général de l'enfant.
- Lorsqu'il s'agit de symptômes présents depuis quelques jours et qu'à ceux-ci s'ajoutent soit la fièvre ou une nuit blanche, la consultation est précipitée.
- Lorsque les symptômes sont présents pendant quelques jours et que l'enfant a une perte d'appétit, la prolongation de ce manque d'appétit les incite à consulter puisque l'enfant ne mange plus.
- Lorsque le parent décide d'attendre avant de consulter, souvent ceci est relié à leur expérience antérieure d'une consultation précipitée qu'une réelle capacité à attendre et observer si cette problématique est virale.

## **TRAITEMENTS**

Définition : Ce que les parents ont tenté à la maison pour soigner la problématique présente

- Souvent axés à diminuer la fièvre donc : Acétaminophène ou Ibuprofène, bains tièdes, habillement léger, alcool à friction, hydratation avec plus de liquides (Pedialyte).
- Leur consultation vise à avoir des alternatives pour traiter les signes et symptômes tel que des antibiotiques, gouttes ophtalmiques, crème pour éruption cutanée pompes pour la toux.
- Certains parents utilisent même des produits naturels pour guérir les virus et éviter de sur-utiliser les antibiotiques qui affaiblissent le système immunitaire.
- Tous les parents ont fait des essais pour traiter la problématique à la maison avant de consulter.

## **SOUFFRANCE**

Définition : État de malaise généralisé chez l'enfant.

- Lorsque l'enfant est inconfortable, le parent le décrit comme étant SOUFFRANT, il s'agit d'une situation où le parent consulte afin de soulager cette souffrance.
- Souvent le parent est incapable de soulager cette souffrance et à besoin de consulter pour avoir le sentiment qu'il a pris une action, qu'il est intervenu.

Appendice L - Extrait du dossier de thèmes

### Exemple du dossier d'un thème

#### La perception du degré de gravité de la situation de santé de l'enfant

##### Définition

La perception du degré de gravité de la situation de santé de l'enfant fait référence à l'évaluation que le parent fait de la problématique qu'il observe chez son enfant. Cette mesure peut varier d'un parent à l'autre, mais nous avons noté que trois éléments influencent cette perception. Premièrement, il est question de la présentation des signes et symptômes de l'enfant et de leur évolution. En effet, pour les enfants qui présentent soudainement une problématique de santé, la perception de gravité est plus élevée pour le parent; alors que chez les enfants dont les parents observent les symptômes sur une certaine période de temps; la perception du degré de gravité de la problématique est jugée moins élevée. Finalement, pour l'enfant qui présente des signes et symptômes qui sont observés sur une période de temps, le parent tend à traiter avec des médicaments disponibles en vente libre à la pharmacie et lorsque ces traitements deviennent inefficaces ou que la problématique persiste, ils réévaluent à la hausse le degré de gravité de la situation. Pour bien illustrer la nuance entre les deux groupes de parents qui consultent, nous allons présenter des verbatim types pour la présentation des signes et symptômes. Voici des extraits de situations soudaines :

« Elle s'est assis d'un coup sec pis la fièvre a commencé. » (D-9-246-247)

« Tsé c'est vraiment c'est, c'est spécial parce que tsé l'enfant dort, il se réveille, il s'assit carré dans le lit, se met à brailler pis là il me dit qu'il a mal. » (F-22-689-695)

À l'inverse certains parents décrivent les symptômes et leur observation sur une période de temps.

« Elle avait une bonne toux depuis au moins une semaine ou quelques jours. »

(A-1-6)

« Moi après une couple de jours généralement moi je me dis là c'est assez, il faut y aller. » (A-25-764-766)

« Moi on me disait toujours après 3 jours consultez. Ben là ça faisait plus que 3 jours pis ça s'arrêtait plus là, fait que je m'inquiétais pour ça. » (G-5-149-151)

« Fait que ça me faisait 5 jours de fièvre intense là pis ça baissait pas quand j't'allée consulter. » (M-1-26-28)

Deuxièmement, les expériences antérieures semblent aussi influencer leur perception de la gravité de la situation. Pour un parent qui a déjà vécu une situation semblable avec un de ses enfants, il tend à percevoir la situation comme étant moins grave, intervient avec les traitements suggérés dans le passé et accorde un laps de temps pour observer l'évolution de la problématique de santé avant de consulter. De plus, l'expérience avec une situation semblable entraîne non seulement un délai dans la consultation mais ces parents ne consultent habituellement pas directement à l'urgence. Voici quelques verbatim qui en témoignent :

« Je connais ma fille là, elle avait vraiment toutes toutes toutes les symptômes de ses deux précédentes hospitalisations là pour ça là fait que j'ai dis c'est sûr qu'elle a ça. » (B-2-49-52)

« C'était exactement les mêmes signes que les fois précédentes. » (B-6-176-177)

« C'est aussi l'expérience. » (B-15-442)

« Mais aussi, ce qui faisait que je m'inquiétais presque pas c'est le fait que quand il fait de la fièvre y a mal à la tête. C'est systématique, c'est tout le temps comme ça. » (H-39-1186-1189)

Tel que mentionné, ces parents tentent de traiter les symptômes de leur enfant en utilisant leur expériences antérieures lors de situations semblables.

« J'ai essayé l'Advil, le Tylenol, le Tempra je les ai toutes essayés. » (B-18-541-542)

« Pis là j'essayais les méthodes de grand-mère, l'alcool à friction... » (B-18-543-544.)

À l'inverse, pour le groupe de parents qui consultent directement à l'urgence, ils décrivent la situation comme étant nouvelle. La nouveauté de la situation augmente le degré de gravité perçu par le parent puisqu'ils n'ont pas de point de référence et que cette situation est considérée inconnue pour eux.

« Donc quand c'est quelque chose qu'on connaît pas ou qu'on a jamais vu ou qui est plus inquiétant, on pose des questions. » (F-5-140-143)

« C'est l'inconnu c'est quand tu vois quelque chose que tu connais pas c'est sûr que tu as toujours peur de l'inconnu. » (L-35-1072-1073)

Le troisième élément fait référence à l'histoire médicale de l'enfant. Si l'enfant connaît une problématique de santé, ceci expose les parents à des situations de santé plus régulièrement et ils raffinent leur capacité à évaluer l'état de santé de l'enfant. Étant plus souvent confrontés à des situations de santé reliées à une histoire médicale, les parents



perçoivent les situations avec moins de gravité. De plus, cette histoire médicale leur permet d'acquérir une base de connaissances médicales auxquelles ils se réfèrent lorsqu'il y a un problème de santé.

« Y fait des otites, des otites, des otites, des bronchites, des bronchites, toutes les ites », il les a toutes faites. » (G-14-401-404)

« Elle est plus fragile mais elle est née prématurément, avec des complications, une membrane hyaline, elle avait du surfactant, elle était aux soins intensifs. » (K-17-516-518)

« Lui c'était des amygdalites par-dessus amygdalites. » (M-26-778-779)

Par contre, pour les parents dont l'enfant n'a pas d'antécédents médicaux, ils semblent être moins souvent exposés à des problèmes de santé et, lorsque cela se présente, ils ont moins de bagage pour s'y référer et la problématique est donc perçue de façon plus grave.

Finalement, à tous ces éléments qui influencent la perception de gravité de la situation s'ajoute la capacité de l'enfant à s'exprimer et la souffrance. Lorsque l'enfant est incapable de bien définir ce qu'il ressent, cela réduit la capacité à évaluer la situation et le parent tend à percevoir la situation plus gravement. De plus, nous avons noté que les parents comparent leurs jeunes enfants avec leurs plus vieux et qu'il est plus difficile lorsque l'enfant n'est pas en mesure de s'exprimer clairement de bien saisir la problématique. Voici quelques extraits qui démontrent ce point :

« Pis là y est pas capable de vraiment définir son mal fait que c'est surtout ça qui m'a inquiété. » (F-7-201-203)

« C'est des enfants, ils nous diront pas exactement comment qu'ils se sentent. »

(J-17-489-490)

La souffrance perçue par le parent joue également un rôle dans la gravité qu'ils attribuent à la situation qu'ils observent. En effet, chez les parents qui expriment que leur enfant est très souffrant, leur perception de gravité de la situation est plus élevée.

« Ben c'est sûr que je le voyais qui souffrait là, je voulais que tout de suite qu'il ait quelque chose-là. » (E-7-196-197)

« Parce que l'enfant souffre, parce que l'enfant a mal. » (F-34-1066)

« Il pleure et il souffre. » (J-13-377-378)

D'ailleurs plusieurs de ces parents figurent parmi ceux qui ont consulté directement à l'urgence. Toutefois, nous pouvons dire que la capacité de l'enfant à s'exprimer et la souffrance perçue par le parent permettent de distinguer les deux groupes de parents qui consultent à l'urgence, mais elles modulent certainement la perception de la gravité de la situation.

Pour conclure, la perception de gravité de la situation de santé par le parent est augmentée lorsque l'enfant présente de signes et symptômes soudainement, que la situation est nouvelle ou inconnue et que l'enfant n'a pas d'histoire médicale. Contrairement à ce groupe de parents qui se rend directement à l'urgence pour consulter, l'autre groupe de parents consulte soit en clinique ou en CLSC puisque leur perception de la gravité de la situation est moins grande. Dans ce dernier groupe, les parents observent des signes et symptômes depuis quelques jours, sont en mesure de relier la situation de

santé à une expérience antérieure semblable et leur enfant est habituellement connu pour une problématique de santé.

### Exemples types

Afin de bien démontrer la nuance dans la perception de gravité de la situation chez les deux groupes de parents, nous allons décrire un cas type pour chaque groupe en soulignant les éléments reliés à la perception de la gravité de la situation. Pour les parents qui figurent parmi le groupe qui se rend directement à l'urgence, nos analyses démontrent qu'ils perçoivent la situation de santé de leur enfant comme étant une situation grave. On pourrait même dire qu'ils pensent que cette situation est tellement grave qu'elle est urgente à leurs yeux. Tel que mentionné préalablement, la présentation soudaine des signes et symptômes, la nouveauté de la situation et l'absence d'antécédents médicaux influencent la perception de la gravité de la situation.

Pour mieux décrire ce phénomène, nous avons choisi l'exemple du participant D. Cette mère nous décrit l'apparition soudaine des signes et symptômes alors que sa fille se portait très bien au cours de la journée. La fillette s'est installée pour écouter la télévision et subitement la mère trouvait qu'elle semblait fiévreuse. Quant elle a vérifié, le thermomètre indiquait 104 F. La mère était complètement surprise et inquiète, tout d'abord parce que c'était la première fois que l'un de ses trois enfants avait autant de fièvre et si rapidement sans aucun signe précurseur. Elle disait avoir vécu des situations où les enfants faisaient de la fièvre mais pas à un degré si haut et, lors de ces occasions, les enfants avaient soit le rhume, mal de gorge ou mal aux oreilles. Cette fois-ci, sa fille n'avait aucun autre symptôme que la fièvre élevée. Elle ne comprenait pas ce qui pouvait causer autant de fièvre et elle ne pouvait que considérer qu'il s'agissait de quelque chose

d'extrêmement grave. D'autant plus qu'elle qualifie sa fille d'un enfant en bonne santé qui est rarement malade. Dans le cas de ce parent, la présence soudaine de fièvre, la nouveauté de la situation puisqu'elle n'avait jamais vécu une situation semblable, la difficulté à saisir la source de ce problème engendrait une perception grave et urgente de la situation. Pour ces raisons, cette mère a directement consulté à l'urgence craignant que sa fille ait une maladie grave. La mère mentionne qu'elle a téléphoné à Info-Santé et que, suite aux conseils de l'infirmière, elle a administré de l'acétaminophène. L'infirmière lui suggérait de reprendre la température une heure après l'administration du médicament, mais la mère exprime que sa décision était prise, elle se rendrait à l'urgence peu importe ce que l'infirmière d'Info-Santé lui avait dit, la situation était urgente, selon elle.

À l'opposé, nous avons choisi le participant K pour illustrer le groupe de parents qui, malgré leur inquiétude et leur consultation finale à l'urgence, choisit préalablement de consulter en clinique ou en CLSC puisque la situation n'est pas perçue avec autant de gravité. Ces parents mentionnent que leur fille faisait de la fièvre depuis deux jours et que lorsqu'ils donnaient de l'acétaminophène la fièvre diminuait. Ils ont donc continué de l'envoyer à la garderie et observaient les signes et symptômes. La journée qu'ils ont consulté, la garderie leur avait téléphoné pour dire qu'elle avait recommencé à faire de la fièvre et leur demandait de consulter. À ce moment, la mère a décidé de se rendre à la clinique pour faire examiner la fillette en croyant qu'elle serait diagnostiquée d'un rhume ou d'un virus puisque sa fille est née prématurément avec des complications respiratoires qui la rendent plus fragile et qu'elle a souvent des otites, des amygdalites ou des rhumes. L'examen du médecin, à la clinique, a relevé aucun symptôme grippal mais la fièvre étant présente, le médecin a soupçonné une possibilité d'infection urinaire. Il a suggéré à la mère de continuer à surveiller la température ou d'aller à l'urgence passer des examens

plus approfondis. La mère, après discussion avec son conjoint, décida de se rendre à l'urgence puisque le médecin avait semé le doute et pour être en mesure de retourner l'enfant en garderie. Leur consultation à l'urgence n'était donc pas le résultat d'une perception grave de la situation de santé mais d'une suite dans leur processus de consultation. Initialement, cette mère n'aurait pas consulté à l'urgence car sa fille présentait des symptômes depuis 48 heures qui se résorbaient avec l'acétaminophène. Sa fille avait souvent des fièvres qui résultaient de rhumes ou d'otites. De plus, elle était plus vulnérable, vu sa prématurité, et attrapait souvent tous les virus à la garderie. Ce parent perçoit beaucoup moins de gravité dans la situation de santé de l'enfant que le parent du premier groupe. Ce qui justifie la consultation à l'urgence, c'est qu'elle a été suggérée par le médecin en clinique et qu'à ce moment le parent a considéré pertinent de se rendre à l'urgence.

Il est important de se rappeler que malgré les perceptions de gravité différentes chez les parents des deux groupes, l'évaluation par l'infirmière de l'urgence est identique, il s'agit de situations non-urgentes. De plus, nous tenons à souligner que même si les parents du groupe qui se rend directement à l'urgence perçoivent la situation urgente et grave, ils sont en mesure d'évaluer et d'agir en fonction d'un processus réfléchi. La consultation à l'urgence n'est pas une réaction à la situation qu'ils ont observée mais le choix au terme d'un processus décisionnel.

### Interprétation

En terminant sur le thème de la perception de la gravité de la situation qui influence le processus décisionnel, on remarque qu'à travers les différentes catégories de ce thème il semble y avoir un concept qui les relie, celui de la tolérance. Dans tous les cas

il y a un moment, qui est particulier pour chaque parent, où la situation ne se tolère plus et qu'il décide de consulter. Pour certains, la soudaineté et la nouveauté de la situation sont suffisants pour atteindre leur niveau de tolérance préalable à une consultation à l'urgence. Pour d'autres, ils sont en mesure de tolérer plus longtemps la problématique car les symptômes persistent depuis quelques temps, que la situation est semblable à une problématique déjà vécue mais eux aussi atteignent une limite de tolérance qui les incite à consulter mais dans les CLSC ou les cliniques.

Nous remarquons aussi que les éléments identifiés dans la perception de gravité de la situation ressemblent à divers niveaux au concept d'incertitude tel que décrit dans la littérature. Notamment, la littérature démontre qu'une situation inconnue alimente l'incertitude que les parents peuvent vivre. De plus, la soudaineté d'une situation de santé peut déstabiliser un parent et puisqu'il a peu de temps pour s'adapter à cette nouvelle problématique, il se retrouve face à une situation incertaine qui semble influencer la perception de la gravité de la situation.

En conclusion, nous stipulons que la soudaineté et le manque d'expérience face à la situation créent des conditions qui ne favorisent pas la capacité d'adaptation du parent face à la problématique identifiée. De plus, ces deux éléments contribuent fortement à augmenter le niveau d'incertitude du parent qui lui aussi diminue la capacité d'adaptation du parent.

### La littérature

Nous avons comparé nos résultats à ceux de la littérature actuelle. Le Health Belief Model (HBM); un modèle qui permet de mieux comprendre pourquoi les gens utilisent les services de santé fait appel à certains éléments qui se retrouvent dans nos analyses. Tout

d'abord, ce modèle, présente des facteurs influençant l'utilisation des services de santé tel que les facteurs sociodémographiques, les croyances sur la santé, la capacité de gérer une situation problématique, les ressources personnelles en terme d'assurances et de moyen de transport, la disponibilité des services de santé et la perception des besoins de santé. En effet, plusieurs de ces facteurs sont ressortis dans nos analyses mais ne correspondent pas nécessairement avec les éléments que nous avons identifiés comme étant centraux dans le processus décisionnel. De plus, il faut noter que ce modèle ne reflète pas un processus décisionnel mais une compréhension de l'utilisation des services. Il s'agit d'un nombre de facteurs qui sont impliqués dans l'utilisation des services et non un processus en soit tel que nous décrirons au terme de nos analyses. Il est aussi à noter que dans le contexte de notre étude, il est question d'une décision que le parent prend pour la consultation d'un problème de santé chez son enfant, qui peut grandement différer d'une décision que le parent prendrait pour soi. Nous remarquons aussi que dans ce modèle, même s'il est question des croyances sur la santé et de la perception des besoins, ce ne sont pas des éléments centraux et nos analyses démontrent que les perceptions parentales et les attentes des parents sont des éléments importants dans le processus décisionnel. En somme, le HBM tente d'expliquer l'utilisation des services de santé en examinant l'environnement, les caractéristiques de la population, les comportements de santé et les résultats de cette utilisation et ceci limite l'importance qui semble être attribuée à des facteurs de perception tel qu'il est démontré dans notre étude.

Ce que la littérature décrit aussi c'est le concept d'incertitude qui peut être lié au thème de perception de gravité puisque nous avons démontré que cette perception est influencée par diverses variables notamment la notion de nouveauté ou d'inconnue d'une situation. L'incertitude est définie comme un état cognitif durant lequel le décideur est

incapable d'assigner des valeurs définitives à un événement ou qui est incapable de prédire des résultats précis (Mishel, 1988). Dans l'étude de MacDonald (1996), les résultats révèlent que la signification que les mères accordent au problème d'asthme de leur enfant se situe autour de la maîtrise de l'incertitude reliée à la maladie. En effet, l'incertitude vécue chroniquement est une source de stress importante pour ces mères. Elles mentionnent qu'une fois le diagnostic confirmé, l'incertitude diminue puisqu'elles sont en mesure d'acquérir des connaissances sur la problématique. Horner (1997) démontre aussi qu'avant le diagnostic d'asthme chez leur enfant, les mères vivent beaucoup d'incertitude créant du stress puisqu'elles font face à une situation inconnue. Malgré le fait que dans notre projet de recherche il ne s'agit pas d'enfants qui sont diagnostiqués avec une problématique chronique, la perception de gravité de la situation du parent correspond au degré d'incertitude exprimé par ces parents. Nous avons noté que chez les parents qui expriment que la situation est nouvelle ou inconnue, la perception de gravité est plus élevée et ceci correspond aux études qui démontrent que les parents qui font face à l'incertitude perçoivent la situation avec plus d'anxiété et de stress. En effet, les deux études citées relatent que le parent perçoit la situation différemment au moment du diagnostic puisqu'ils sont en mesure d'acquérir des connaissances et d'intervenir face à la problématique. Dans le cas des parents que nous avons interviewés, il s'agit d'une situation semblable où la perception de gravité semble être reliée au fait que le parent ne connaît pas le diagnostic de l'enfant mais qui constate des symptômes nouveaux.

Il est aussi question de faire le lien entre ce que le parent observe comme symptômes chez l'enfant et la capacité de lier cette situation à une expérience antérieure. Les parents qui mentionnent que la situation ne correspond pas à une situation déjà vécue sont plus sujets à percevoir la situation comme étant plus grave que le parent qui est en



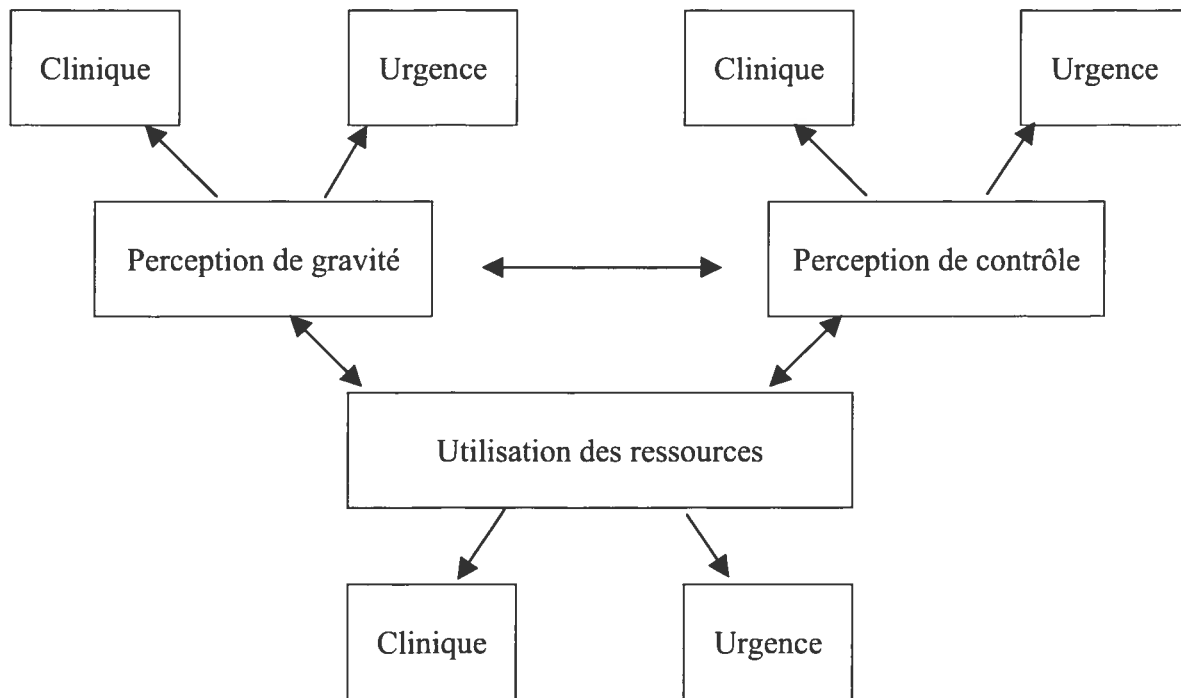
mesure de reconnaître les symptômes d'une situation préalablement vécue et l'étude de Horner (1997) stipule que ces expériences antérieures permettent au parent d'attribuer un sens à la situation et de mieux la comprendre. Par contre, à cet égard, il est important de nuancer que Lazarus (1984) dans sa théorie de coping fait aussi appel à la notion de nouveauté d'une situation. Selon ces écrits, une situation nouvelle peut être perçue comme une menace si elle se réfère à une situation antérieure associée à un danger. Toutefois, si la situation est nouvelle, elle peut créer de l'ambiguïté à un point tel que la personne est incertaine de la signification de l'événement et sans être liée à une expérience antérieure, elle peut aussi être considérée comme une menace. En d'autres mots, la situation nouvelle ou inconnue peut contribuer à augmenter la perception de gravité de la situation chez le parent.

Dans l'étude de Katz (2002), sa revue littéraire indique que les variables qui influencent la perception d'une situation sont : 1) les connaissances de l'individu; 2) ses capacités; 3) ses expériences de vie et; 4) ses antécédents socioculturels. Parmi ces variables, nos analyses démontrent que la perception de gravité de la situation du parent sont influencé par les connaissances du parent, qui sont souvent acquises dans un contexte où l'enfant souffre d'une problématique de santé; les expériences antérieures qui leur permettent de mieux comprendre la situation qu'ils observent. En ce qui a trait aux capacités du parent, elles seront élaborées dans la thématique de leur perception de compétence parentale et les antécédents socioculturels seront discutés dans les facteurs contextuels contribuant au processus décisionnel des parents.

Appendice M - Extrait du dossier de modélisation

**Exemple du dossier d'une modélisation**

Mars 2005



**Exemple du dossier d'une modélisation**

Mars 2005

