



Vécu et expérience des parents et infirmiers face à une situation d'urgence pédiatrique : pour lutter contre la mortalité dans la Zone de Santé de Kadutu, ville de Bukavu, Province du Sud – Kivu.

[Parents' and nurses' experience of a paediatric emergency: to combat mortality in the Kadutu Health Zone, city of Bukavu, South Kivu Province]

Bogenda Moa Lavie^{1*}, Mukandu Basua Babintu² & Mabakutuvilanga Ntela Decap²

¹Section pédiatrie, Institut Supérieur des Techniques Médicales de Bukavu, Bukavu, République Démocratique du Congo

²Filière Sciences Infirmières, Ecole doctorale, Institut Supérieur des Techniques Médicales de Kinshasa, Kinshasa, République Démocratique du Congo.

Résumé

Les services d'urgences pédiatriques au sein des établissements hospitaliers des pays à ressources limitées, notamment ceux de la Zone de Santé de Kadutu, ville de Bukavu, Province du Sud – Kivu de Bukavu à l'Est de la RDC, font face à des défis considérables. L'objectif était de contribuer à l'amélioration de la prise en charge des urgences pédiatriques afin de réduire le taux de mortalité infantile dans la Zone de Santé de Kadutu dans la ville de Bukavu. Cette étude adopte une démarche qualitative utilisant la méthode phénoménologique. Une approche soutenue par l'interview semi structurée auprès de 10 parents et 5 infirmiers fréquentant trois structures hospitalières dans la Zone de Santé de Kadutu (CH SOS, CS Maria et l'HPGRB), pour une période allant du 15 juillet au 30 Septembre 2024 (soit 3mois). Nous avons fait une analyse thématique et catégorielle. Après analyse des données, nous remarquons que les enfants malades ne sont pas directement transportés au service de santé aussitôt malades, c'est ainsi que les cas bénins deviennent de plus en plus compliqué suite au retard dans la prise de décision d'aller à l'hôpital. De leur part, les infirmiers, inexistence de protocole standard à suivre, Insuffisance en matériels de prise en charge, une communication permanente et une organisation inefficace du service. L'arrivée tardive dans la structure de soins, la pénurie en matériel de prise en charge, l'inaccessibilité financière de la population aux soins de santé sont les facteurs qui engendrent des répercussions sévères sur la morbidité et la mortalité infantiles.

Mots Clés : urgence pédiatrique, vécu-expérience, parent, infirmier, mortalité.

Abstract

Pediatric emergency services in hospitals in countries with limited resources, notably those in the Kadutu Health Zone, Bukavu City, South Kivu Province in Bukavu, eastern DRC, face considerable challenges. The aim was to contribute to improving the management of paediatric emergencies in order to reduce the infant mortality rate in the Kadutu Health Zone in the city of Bukavu. This study adopts a qualitative approach using the phenomenological method. This approach is supported by semi-structured interviews with 10 parents and 5 nurses attending three hospital structures in the Kadutu Health Zone (CH SOS, CS Maria and HPGRB), for a period running from July 15 to September 30, 2024 (i.e. 3 months). We performed a thematic and categorical analysis. After analyzing the data, we note that sick children are not transported directly to the health service as soon as they fall ill, so that benign cases become increasingly complicated as a result of the delay in making the decision to go to hospital. On the nurses' side, there's no standard protocol to follow, a shortage of care materials, constant communication and inefficient organization of the department. Late arrival in the care structure, shortage of treatment equipment and the population's financial inaccessibility to healthcare are factors that have a severe impact on infant morbidity and mortality.

Keywords: pediatric emergency, vecu-experience, parent, nurse, mortality.

*Auteur correspondant: Bogenda Moa Lavie, (bogendalavie23@gmail.com). Tél. : (+243) 823037090

<https://orcid.org/0009-0005-1319-9623>, Reçu le 05/03/2025; Révisé le 28/03/2025 ; Accepté le 28/04/2025

DOI: <https://doi.org/10.59228/rcst.025.v4.i2.152>

Copyright: ©2025 Bogenda et al. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0 International License (CC-BY-NC-SA 4.0), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author and source are credited.

1. Introduction

Les urgences médicales pédiatriques constituent l'ensemble des états morbides menaçant la vie de l'enfant dans une échéance plus ou moins brève nécessitant une prise en charge rapide et adéquate (Ndabashinze & Harerimana, 2020).

Selon une étude menée CHU de Marseille en 2022, parmi les 83 213 patients ayant consulté les urgences pédiatriques 260 patients soit 0.3% ont été amenés aux soins intensifs. La majorité avait l'âge de 42 mois. La plupart était de nouveaux nés soit 17 % et 12% de nourrissons de moins de 3 mois. Le principal motif de consultation était respiratoire soit 27.3% d'enfants prise en charge pour une bronchiolite, 21.9% d'asthme suivi de cause neurologique, soit 14.6% (Riche, 2023).

La mortalité infantile est un véritable problème de santé publique dans les pays sous-développés, plus particulièrement en Afrique sub-saharienne. En 2019 selon un rapport de l'OMS, 5,4 millions d'enfants âgés de moins de 59 mois meurt de maladies évitables dont 2,4 millions de nouveaux nés (Zang et al., 2022).

Au Mali le taux est élevé des patients fréquentant le service de pédiatrie. En 2018 sur 105490 consultations réalisées au CHU Gabriel Touré, il y avait 38853 consultations avec 36,83 % dont 20849 aux urgences pédiatriques, soit 28,8% et une mortalité de 18,93% seul pour le service de pédiatrie (Traoré, 2023).

Dans une étude épidémiologique des urgences pédiatriques au Centre Hospitalier Universitaire de Libreville sur 202 patients ont été inclus. 137 enfants soit 67,8% ont été pris en charge dans les 30 premières minutes après leur arrivée, 20 enfants soit 9,9% l'ont été entre 30 minutes et une heure après leur arrivée. Quatre-vingt-trois enfants soit 41,1% avaient été consultés moins de 24 h après l'apparition des signes cliniques. Les signes d'urgence ont été décelés chez 37 enfants soit 18,3%. La principale raison de consultation était la fièvre soit 70,2%. Le diagnostic le plus fréquent était le paludisme soit 65,8% (Zang et al., 2022).

En République Démocratique du Congo, dans une étude effectuée sur le profil épidémioclinique des urgences médicales pédiatriques ils ont trouvés 18,54% des admissions des urgences pédiatriques. Les principales causes étaient dominés par des maladies infectieuses et parasitaires (notamment le paludisme),

les maladies des voies respiratoires (voie haute et voie base) et digestive (Salumu, 2023).

Au Haut-Katanga, dans une étude effectuée dans les Hôpitaux Généraux de Référence de Lubumbashi (l'HGR Sendwe, les Cliniques Universitaires de Lubumbashi, l'HGR Kenya et l'HGR Kamalondo) en 2023, huit cent sept neuf patients étaient admis dans le service des Urgences Pédiatriques des structures précitées. L'âge variant entre 29 jours et 24 mois étaient plus représentés, soit 32.88%, avec la prédominance masculine, soit 50.57% ; 47.12% d'enfants venaient directement de leur maison ; 51.17% des enfants avaient reçus une automédication. La fièvre était la principale raison de consultation, soit 16.1%. Les pathologies les plus fréquentes étaient le paludisme grave 25.29%, la bronchiolite 17.24%, le délai de consultation après la 48ème heure était de 64.37% et la mortalité globale était de 20.69% (Aubin et al., 2023).

Notre étude va Contribuer à l'amélioration de la prise en charge des urgences pédiatriques afin de réduire le taux de mortalité infantile dans la Zone de Santé de Kadutu dans la ville de Bukavu.

2. Matériel et méthodes

2.1. Milieu d'étude

Nous avons réalisé notre recherche dans la zone de santé de Kadutu, ville de Bukavu située dans la province du Sud Kivu en République Démocratique du Congo.

2.2. Méthodologie

Nous avons adopté une approche qualitative basée sur une méthodologie phénoménologique caractérisée par l'étude des phénomènes, l'étude dont la structure se fonde sur l'analyse directe de vécue et expérience des parents et infirmiers en situation d'urgence pédiatrique.

Nous avons utilisés l'entretien comme méthode principale par ce que ça permet d'obtenir des données riches et approfondies qui peuvent nous aider à relever les défis et les besoins spécifiques rencontrés dans les situations graves.

Les informateurs occupant des positions d'influence ou de responsabilité, comme des chefs de service ou des infirmiers travaillant dans le service de pédiatrie avec une expérience d'au moins trois ans, nous a donné des informations claires sur la prise en charge des urgences pédiatriques.

2.3. Population d'étude

Cette étude exploratoire se fait sur la population des parties prenantes aux soins infirmiers à savoir : les Infirmiers et les parents qui sont les partenaires de soins infirmiers dans les structures hospitalières de la ville de Bukavu.

2.4. Technique d'échantillonnage

Notre étude étant qualitative, l'échantillon se détermine par la saturation après le constat de la redondance des réponses à toutes les questions contenues dans notre instrument de collecte des données.

Quant à l'obtention de l'échantillon, nous avons utilisé la technique d'échantillonnage non probabiliste de convenance qui a consisté à prendre dans notre échantillon les personnes que nous avons rencontré sur terrain lors de notre passage parmi les catégories des gens concernés par cette étude.

2.5. Critères d'inclusion et d'exclusion

Les participants ont été sélectionnés grâce aux critères de sélection. Par apport au contact c'est pendant les séances de la consultation préscolaire que nous avons eu la chance de faire le partage avec les parents et infirmiers pour recueillir les données dans le cadre de notre étude.

1° Inclusion :

- Sont inclus dans notre travail :

Parents : Ayant un enfant de moins de 18 ans ayant subi une urgence pédiatrique, disponibles pour une entrevue ;

- Infirmiers : Les infirmiers présents à l'hôpital le jour de notre passage pour l'enquête, infirmiers travaillant dans des services pédiatriques, avec au moins un an d'expérience dans ce domaine ;

- Consentement éclairé des enquêtés pour la participation à l'étude.

2° Exclusion :

- Parents : Enfants ayant des conditions médicales chroniques qui ne relèvent pas d'une situation d'urgence, parents ayant des difficultés de communication (ex. : barrières linguistiques, troubles cognitifs) ;

- Infirmiers : Infirmiers sans expérience dans le domaine pédiatrique, infirmiers en formation ;

Participants n'ayant pas donné leur consentement éclairé.

2.6. Technique et instrument de collecte des données

2.6.1. Technique

Pour collecter les données de cette étude, des entretiens semi-directifs ont servi comme technique auprès de 25 participants. Cette technique permet d'explorer en profondeur les perceptions, les émotions

et les expériences et les vécus des participants et offre une certaine flexibilité pour s'adapter aux réponses des participants.

Dans notre étude nous avons enquêtés 10 informateurs vu leur disponibilité et les ressources disponibles pour mener cette étude, y compris le financement.

Chez les infirmiers, l'âge varie entre trente et quarante-cinq ans. Six de sexe masculin et quatre de sexe féminin. Le niveau d'étude est constitué de quatre infirmiers licenciés, quatre gradués et deux A2. Par apport aux structure de prestation cinq infirmiers de l'HPGRB, trois de CH SOS et deux de centre de santé Maria. L'ancienneté varie entre trois et quinze ans.

2.7. Instruments de collecte des données

La durée de l'entretien était de 30 à 50 minutes ; à hôpital et centre hospitalier (service de pédiatrie). Nous avons fait des entretiens semi- structurés par ce que ça permet d'explorer des thèmes préétablis tout en donnant la liberté d'aborder des sujets émergents selon les réponses des participants.

- Pour collecter les données, nous avons utilisé :

- Un guide d'entretien structuré en deux parties : les caractéristiques sociodémographiques des enquêtés et les questions principales ;

- Des enregistrements audio pour une analyse ultérieure

- Un test pilote a été réalisé auprès de 4 enquêtés pour évaluer la validité et la fiabilité du guide d'entretien. Ce test a permis d'ajuster la formulation des questions, en assurant leur clarté, pertinence culturelle et objectivité scientifique.

- Exemples de questions posées

- Vécu et Expériences des parents

- Quelles étaient les circonstances qui ont mené à l'urgence pédiatrique ?

- Quels étaient les signes ou symptômes observés chez votre enfant ?

- À quel moment avez-vous réalisé qu'il s'agissait d'une situation d'urgence ?

- Pouvez-vous nous parler de votre expérience lors d'une urgence pédiatrique avec votre enfant ?

- Comment avez-vous vécu cette situation d'urgence ? Quelles ont été vos émotions et réactions ?

- Quels ont été les facteurs qui ont influencé votre prise de décision lors de cette urgence ?

2.8. Vécu et Expérience des infirmiers

Pouvez-vous me décrire le processus standard de prise en charge des urgences pédiatriques ?

Quelles sont les principales étapes et les différents intervenants impliqués ?

Existe-t-il des protocoles ou des procédures spécifiques à suivre ?

Pouvez-vous nous parler de votre expérience lors de la prise en charge d'une urgence pédiatrique en tant qu'infirmier ?

Quels ont été les principaux défis auxquels vous avez été confronté lors de cette urgence ?

Notre rôle pendant les entretiens était de guider la discussion pour s'assurer que tous les thèmes importants sont abordés, tout en laissant de l'espace pour des réflexions ; assurer aux enquêtés que leurs réponses resteront anonymes et montrer de l'empathie pour les expériences difficiles vécues pour leur aider à se sentir validés et compris.

2.8.1. Méthode d'analyse des données

La collecte et l'analyse des données ont été réalisées de manière simultanée, dès le premier entretien, et ont continué jusqu'à saturation théorique, atteinte après le 20^e participant.

Les données ont été transcrites grâce aux enregistrements audio, le codage indicatif a été utilisé pour les thèmes et catégories émergent directement des données sans a priori. Nous avons utilisé le logiciel ATLAS.ti pour coder et analyser les données.

Nous avons fait la triangulation des données (entretien, observations, notes de terrain).

Cette étude a reçu l'approbation du Comité d'éthique de l'Institut Supérieur des Techniques Médicales de Kinshasa en République Démocratique du Congo, sous le numéro de référence, avis du Comité de Bioéthique de l'ISTM-KINSHASA n°0046/CBE/ISTM/KIN/RDC/PMBBL/2024 du 16/05/2024. Des mesures rigoureuses ont été prises pour protéger les droits des participants, notamment l'obtention du consentement éclairé des parents et infirmiers ainsi que de leur assentiment personnel. Les participantes ont été informées de leurs droits, notamment celui de se retirer de l'étude à tout moment sans conséquence, et des garanties strictes ont été mises en place pour assurer la confidentialité et l'anonymat des données recueillies. Ces dernières ont été stockées de manière sécurisée et ne contiennent aucune information permettant d'identifier les participantes dans les résultats publiés.

Nous avons adapté une posture réflexive, en reconnaissant comment notre positionnement peut affecter la dynamique de l'étude.

3. Résultats

3.1. Résultats sur le profil des enquêtés :

L'âge moyen des infirmiers interviewés est de 30 ans

Tableau I. caractéristiques des Infirmiers

Variables	Effectifs (n=10)	%
Sexe		
M	06	60
F	04	40
Tranche d'âge		
Moins de 38 ans	04	40
Plus de 38 ans	06	60
Niveau d'étude		
Infirmier A2	02	20
Infirmier gradués	04	40
Infirmier licenciés	04	40
Structure		
Hprgb	05	50
CH SOS	03	30
CS Maria	02	20
Ancienneté		
Moins de 10 ans	04	40
10 ans et plus	06	60

Le tableau I montre que les prestataires du sexe masculin sont majoritaires (60%), nombreux se situent dans la tranche de plus de 38 ans avec 60 %, les Infirmiers A2 sont minoritaires avec 20 %, les HPGRB et CH SOS ont 40% des enquêtés chacun et l'ancienneté de plus de dix ans est en tête avec 60 %.

3.2. Résultats thématiques

Le thème central retenu est « les urgences pédiatriques dans la ville de Bukavu », de ce thème découlent deux sous thèmes qui sont : expérience des parents sur les situations pathologiques des urgences pédiatriques et expérience des Infirmiers dans les situations pathologiques des urgences pédiatriques.

Pour le premier sous thème, trois catégories ont émergé, à savoir : circonstances d'apparition de la situation d'urgence, vécu des parents face aux urgences

pédiatriques, sentiment des parents sur la prise de décisions face aux urgences pédiatriques.

Le second sous thème émerge également trois

Dans cet encadré, les participants ont décrit les circonstances d'apparition des urgences de plusieurs manières : 1) Présence des signes de la maladie,

Tableau II. Circonstances d'apparition de l'urgence pédiatrique

Sous-thèmes	Catégories	Sous-catégories	Verbatim
Expérience des parents sur les situations pathologiques des urgences pédiatriques	circonstances d'apparition de la situation d'urgence	Présence des signes de la maladie, suivie d'une auto prise en charge avant de se rendre au centre de santé	<i>Rep1, 3, 4,6 « ...Mon enfant avait présenté les signes de la maladie. Il n'arrivait pas à manger et la fièvre aussi, je pratiquais l'auto médication mais il n'y avait pas eu de changement. Subitement l'enfant a perdu connaissance directement je lui ai amené dans une chambre de prière. Nous sommes partis à l'hôpital 3 à 4 jours après l'automédication... ».</i>
		Recours au tradithérapeute dans un premier temps	<i>Rep 4,5 « ... Mon enfant était malade, il avait un problème au niveau de la gorge et la diarrhée aussi après une voisine m'a dit qu'il peut être une Angine. nous sommes partis voir un papa du quartier (tradi praticien) qui a l'habitude de rincer les gorges des enfants en cas d'angine. En swahili « baka mukata biya muchingo » Il a fait ça mais il n'y'avait pas eu du changement c'est pourquoi je lui avais amené à l'hôpital ... ».</i>
		La décision prise après lui avoir dit par quelqu'un d'autre (grand-mère de l'enfant)	<i>Rep 1,2 « ...une heure plus tard l'enfant s'effondrait toujours c'est ma mère qui m'a dit d'amener l'enfant à l'hôpital. C'est à ce moment-là que j'ai remarqué qu'il ne s'agissait pas des esprits démoniaques plutôt une maladie qu'il faut aller à l'hôpital. C'est lorsque l'enfant avait piqué crise, ma voisine m'a dit que la perte de connaissance peut être dû à une déshydratation soit l'anémie demande la lettre de transfère pour aller à l'hôpital là où on va la prendre en charge correctement... ».</i>
		Après échec de l'auto médication faite par les parents	<i>Rep 3, 5, 6,8 « ...Quand j'ai vu qu'il n'y pas de changement et que les médicaments acheté à la pharmacie ne marche pas, l'enfant continue à s'effondre c'est à ce moment-là que je vais amener l'enfant à l'hôpital... ».</i>
		Après échec chez le tradithérapeute	<i>Rep 4 « ... Le tradipraticien là après avoir rincé la gorge, l'enfant a perdu connaissance et il a commencé de saigner. J'ai rapidité vite amené l'enfant au centre de santé, arriver là il nous a immédiatement transféré au clinique universitaire pour des soins appropriés... ».</i>

catégories suivantes : vécus des Infirmiers dans la prise en charge des cas d'urgences pédiatriques, facteurs d'aggravation des cas d'urgences pédiatriques, suggestions des Infirmiers en vue d'une amélioration.

3.2.1. *Thème 1 : Circonstances de la survenue de l'urgence pédiatrique*

2) suivie d'une auto prise en charge avant de se rendre au centre de santé, 3) Recours au tradithérapeute dans un premier temps, 4) La décision prise après lui avoir dit par quelqu'un d'autre , 5 Après échec de l'auto médication faite par les parents, 6) Après échec chez le tradithérapeute.

Cet encadré renseigne que les parents Avaient vécu le chagrin, le stress important, Recours d'abord à l'automédication, Guérison de l'enfant.

3.2.2. Thème 2 : le vécu de cette situation d'urgence pédiatrique par les parents

Tableau III. Vécus des parents

Sous-thèmes	Catégories	Sous-catégories	Verbatim
Expérience des parents sur les situations pathologies des urgences pédiatriques	vécu des parents face aux urgences pédiatriques	Avait vécu le chagrin	Rep 1,4 « ... On voyant d'abord l'état dans lequel l'enfant était, je n'arrivais pas à lui regarder deux fois je pensais peut être que mon enfant va mourir dans les heures qui suivent et j'étais inquiète et je commençais à dire si je savais. Vraiment s'est n'était pas facile... ».
		Vécu de stress important	Rep 2, 3, 5, 7,8 « ...J'étais déliasser et j'avais tout abandonné je ne savais même pas que je suis une femme enceinte. pour voir comment sauver la vie de mon enfant malade. J'avais sentis une palpitation intense, mon cœur battait à tel point que je ne pouvais pas même regarder mon enfant entant qu'une mère j'étais dans l'émotion et j'ai pris mon enfant pour aller à l'hôpital... ».
		Recours d'abord à l'automédication et après l'hôpital	Rep 5,6 « ...Mon expérience c'est quand l'enfant tombe malade il faut l'amené à l'hôpital parce que nous les mamans nous avons l'habitude quand nos enfants souffrent on a tendance d'aller chercher les médicament à la pharmacie par exemple paracétamol pour faire baisser la fièvre sans pour autant savoir si cette fièvre-là est causé par quoi et en suite on amène l'enfant à l'hôpital très affaibli. Hors, si les précautions étaient prise avant ça ne pouvait peut-être pas arrivé... ».
		Guérison de l'enfant	Rep 2, 4, 5, 6,7 « ...A notre arriver l'hôpital on nous amené directement aux urgences. La prise en charge était bonne par ce que jusqu'aujourd'hui mon enfant est en vie... ».

3.2.3. Thème 3 : Comment avez-vous vécu la situation d'urgence pédiatrique entant que parent

Tableau IV. Sentiments des parents

Sous-thèmes	Catégories	Sous-catégories	Verbatim
Expérience des parents sur les situations pathologies des urgences pédiatriques	sentiment des parents sur la prise de décisions face aux urgences pédiatriques	Embarrassé par l'aggravation de la maladie et l'insuffisance financière	Rep 1,4 « ... Si c'est n'étais pas ma mère mon enfant allait mourir dans la chambre de prière par ce que moi personnellement je n'avais aucune idée d'amener l'enfant à l'hôpital faute des moyens aussi mais j'avais accepté vu l'état dans lequel l'enfant se trouvait et tout d'abord les signes que l'enfant présentait (difficulté respiratoire, saignement, fièvre et asthénie physique)... ».
		Persistance de la fièvre	Rep 2,3, 5 « ...Parce que l'enfant était devenu pâle, la fièvre persistante après avoir tenté à la maison sans changement et la perte de connaissance... ».
		Aggravation de la maladie	Rep 7,8 ,9 « ... Persistance de la maladie, les signes graves que l'enfant présentait et son état inhabituel... ».

Il ressort de cet encadré que les parents sont embarrassés par l'aggravation de la maladie et l'insuffisance financière, par la persistance de la fièvre, et par l'aggravation de la maladie.

3.2.4. Thème 4 : parler nous de votre expérience lors de la prise en charge d'une urgence pédiatrique en tant qu'infirmier

Tableau V. Vécus des Infirmiers

Sous-thèmes	Catégories	Sous-catégories	Verbatim
Expérience des Infirmiers dans les situations pathologiques des urgences pédiatriques	Vécus des Infirmiers dans la prise en charge des cas d'urgences pédiatriques	Inexistence de protocole standard à suivre	Rep 1,2 « ... Ici dans notre centre de santé on peut avoir de protocole standard pour certains cas seulement. Le traitement est spécifique selon le cas... ».
		Insuffisance en matériels de prise en charge	Rep 3,4 « ... Il y a l'insuffisance des matériels et pas de formation continue pour les infirmiers... ».
		Il existe une communication permanente	Rep 3,4 « ... On informe les parents la situation dans laquelle l'enfant se trouve et pourquoi on l'a hospitalisé. On garde le sang-froid par ce que ils risquent de vous dupez et vous désorientez .on doit être sûr de soi et de ce que vous devez faire. Transparence et la clarté... ».
		Organisation inefficace du service	Rep 4 « ...le surcuit administratif aussi qui retarde les choses par exemple si vous voulez faire les examens de laboratoire, il faut commence au niveau administratif enregistré d'abord le bon de laboratoire, payer les frais, aller à la salle de prélèvement selon l'ordre d'arriver et en fin vous attendez les résultats qui prend du temps aussi. Le temps de la consommation des intrants et la facturation prend du temps... ».

Cet encadré signale que les vécus des Infirmiers se résumant en : Inexistence de protocole standard à

suivre, Insuffisance en matériels de prise en charge, une communication permanente et une organisation inefficace du service.

3.2.5. *Thème 5: Quelques facteurs qui peuvent influencer la mortalité infantile lors d'une urgence pédiatrique selon les infirmiers*

Tableau VI. Facteurs d'aggravations

Sous-thèmes	Catégories	Sous-catégories	Verbatim
expérience des Infirmiers dans les situations pathologiques des urgences pédiatriques	facteurs d'aggravation des cas d'urgences pédiatriques	L'arrivée tardive dans la structure de soins	Rep 1, 2, 3,4 « ...Le retard de consultation dans une structure appropriée ; l'utilisation des médicaments indigène avec une forte dose ; le recours auprès des « Munganga quartier » (charlatans du quartier) ; l'ignorance des parents et l'auto-médications. Ce sont les enfants qui nous arrivent avec des situations très critiques après avoir fait de parcours dans des différents endroits et ils arrivent avec un grand retard... ».
		Pénurie en matériels de prise en charge	Rep 1,2 « ... Manque des matériels nécessaires de réanimation... ».
		Inaccessibilité financière de la population aux soins de santé	Rep 3,4 « ...Manque de médicament dans notre trousse pour aider les enfants dont leurs parents ont un niveau économique bas. Souvent il y a des parents qui sont démunies c'est la facture qui coute cher par rapport à leur revenu. De fois on leur donne l'ordonnance pour acheter les médicaments et ils sont incapables de les acheter et mettre en place les mécanismes de lutte contre la pauvreté pour permettre aux parents de bien prendre en

			charge leurs enfants en cas de maladie... ».
--	--	--	--

Cet encadré renseigne que les facteurs d'aggravations exprimés par les Infirmiers sont : l'arrivée tardive dans la structure de soins, la pénurie en matériel de prise en charge, l'inaccessibilité financière de la population aux soins de santé.

3.2.6. *Thème 6 : Les besoins pour améliorer la prise en charge des urgences pédiatriques*

Tableau VII. suggestions pour amélioration

Sous-thèmes	Catégories	Sous-catégories	Verbatim
expérience des Infirmiers dans les situations pathologiques des urgences pédiatriques	suggestions des Infirmiers en vue d'une amélioration.	Engager les spécialistes en prise en charge des enfants en pédiatrie	Rep 1 « ...Avoir un pédiatre et augmenter la capacité d'accueil... ».
		Organiser la formation pour une mise à niveau des prestataires	Rep 2, 3,4 « ... On doit nous donner les bourses pour aller dans d'autres pays faire des formations et venir les appliquées ici chez nous dans le but d'améliorer la en charge des urgences pédiatriques et la sensibilisation des parents en matière de l'urgence pédiatriques... ».

Dans cet encadré, les Infirmiers suggèrent d'engager les spécialistes en prise en charge des enfants en pédiatrie, d'organiser la formation pour une mise à niveau des prestataires.

4. Discussion

Les résultats de l'étude menée par certains chercheurs révèlent que l'âge moyen des parents interviewés est de 26,6 ans. C'est déjà un âge suffisant pour la procréation et convient mieux pour un adulte normal d'assumer une responsabilité parentale ; d'être également en mesure de faire soigner son enfant s'il est malade et aussi d'avoir du courage pour assister à la prise en charge de son enfant.

Le fait d'assister à la réanimation cardio-pulmonaire cela leur permet également de voir que les

personnels soignants avaient tout mis en œuvre pour essayer de maintenir le patient en vie et leur donne la possibilité d'accompagner et de soutenir leur enfant jusqu'à sa dernière minute de vie (Esmiol, 2016).

Les résultats du tableau 1 montrent que les prestataires du sexe masculin sont majoritaires (60%), nombreux se situent dans la tranche de plus de 38 ans avec 60 %, les Infirmiers A2 sont minoritaires avec 20 %, l'HPGRB et CH SOS ont 40% des enquêtés chacun et l'ancienneté de plus de dix ans est en tête avec 60 %.

Contrairement à ce que les autres pensent sur le caractère féminin du métier d'infirmier, notre étude a trouvé la prédominance masculine des prestataires des soins ; nous avons constaté que les services des urgences et réanimation sont dans la plus part assurés par les prestataires masculins, ce sont des services qui nécessitent du courage pour affronter le stress et les émotions souvent vécus dans ces services de soins urgents.

S'agissant de la circonstance, les participants ont décrit les circonstances d'apparition des urgences de plusieurs manières : Présence des signes de la maladie, suivie d'une auto prise en charge avant de se rendre au centre de santé, recours au Tradithérapeute dans un premier temps, la décision prise après lui avoir dit par quelqu'un d'autre, après échec de l'auto médication faite par les parents, et après échec chez le tradithérapeute.

Nous remarquons que les enfants malades ne sont pas directement transportés au service de santé aussitôt malades, c'est ainsi que les cas bénins deviennent de plus en plus compliqués suite au retard dans la prise de décision d'aller à l'hôpital.

Dans certains travaux, le délai de consultation se retardait de 3 à 7 jours, soit 45,5%. A la question « pourquoi avoir attendu plus de quatre jours avant de consulter ? », les réponses les plus récurrentes étaient la prise en charge dans un autre centre de santé avant la référence aux urgences pédiatrique dans 36,2% des cas et l'automédication était 19,1% de cas (Traoré, 2019).

Les résultats d'une étude réalisée à Lubumbashi, montraient que huit cent sept neuf patients étaient admis dans le service des urgences pédiatriques. L'âge variant entre 29 jours et 24 mois étaient plus représentés soit 32,88%, avec la prédominance masculine soit 50,57%, 47,12% d'enfants venaient directement de leur maison, 51,17% des enfants avaient reçus une automédication. La fièvre était la principale raison de consultation soit 16,1%. Les pathologies les plus fréquentes étaient le paludisme grave 25,29%, la bronchiolite 17,24%, le délai de consultation après la

48ème heure était de 64,37% et la mortalité globale était de 20,69% (Aubin et al., 2023).

Concernant les vécus, nos résultats renseignent que les parents avaient vécu le chagrin, le stress important, recours d'abord à l'automédication, guérison de l'enfant.

D'une façon plus ou moins importante reconnaissent certains chercheurs dans leur étude que tous les enquêtés ont donc vécu une étape de confrontation aux problèmes et défis imposés par le soin en réanimation, soins continus et palliatifs, suivie d'un moment de passage vers une étape de résignification et d'adaptation, caractérisée par la mise en place de certaines stratégies apprises qui permettent de mieux gérer les situations compliquées qui jalonnent le quotidien de travail. (Aloisio -Alves, 2021).

Pour d'autres, les familles ayant assisté à ce moment vivent un deuil moins difficile et présentent moins de symptômes de stress post-traumatique, de dépression ou d'anxiété par rapport à ce qui n'ont pas assisté à la réanimation cardio-pulmonaire. La présence des parents dans certains cas doit cependant être gérée par un personnel soignant spécifique qui se consacre au soutien de la famille (Esmiol, 2016).

Pour le sentiment des parents, ils étaient embarrassés par l'aggravation de la maladie et l'insuffisance financière, par la persistance de la fièvre, et par l'aggravation de la maladie.

Ce sentiment d'impuissance observé chez les parents est dû à l'inexistence d'assurance santé dans nos milieux, lorsque les familles sont affiliées à une assurance maladie, le recours aux services de santé n'engendre plus d'hésitation.

Selon les études menées la référence tardive et le trajet avant d'atteindre l'hôpital constituaient des facteurs qui élèveraient le risque de décès. Dans leur étude, ils avaient trouvé un lien significatif entre le retard à la consultation et le risque de décès. En effet, l'enfant a 4 fois plus de risque de décéder si la consultation a lieu dans un délai supérieur à 4 jours (Bitwe., 2007).

De leur part, le personnel infirmier signale que leur vécu se résume en : Inexistence de protocole standard à suivre, Insuffisance en matériels de prise en charge, une communication permanente et une organisation inefficace du service. Ce qui explique l'inefficacité des soins offerts aux patients et leurs familles ; alors que pour améliorer la qualité de soins, il faut mettre des ressources matérielles à la portée du personnel soignant.

Selon les autres chercheurs en Afrique, les décès à l'hôpital surviennent souvent dans les 24 heures qui suivent l'arrivée. La majorité de risque de ces décès pourrait être prévenus si les enfants gravement malades étaient reconnus dès leur admission et prise en charge immédiatement (Dan et al., 1991).

Les facteurs d'aggravations exprimés par les Infirmiers sont : l'arrivée tardive dans la structure de soins, la pénurie en matériel de prise en charge, l'inaccessibilité financière de la population aux soins de santé.

Une autre étude souligne que, chez 45% des enfants, une intervention critique a été nécessaire : la ventilation non invasive, ventilation contrôlée ou encore l'oxygénation extra-corporelle, et/ou l'utilisation d'amines (adrénaline ou noradrénaline), et/ou la nécessité d'une transfusion de produits sanguins, et/ou d'un massage cardiaque externe aux urgences. 6 enfants sont décédés au cours du traitement. En moyenne, l'hospitalisation en soins intensifs durait 4,2 jours (Moyen et al., 2004).

Pour ce qui concerne l'avenir, les Infirmiers suggèrent d'engager les spécialistes dans la prise en charge des enfants en service de pédiatrie, d'organiser la formation pour une mise à niveau des prestataires.

Les suggestions proposées ci-dessus prouvent les soucis qu'a le personnel soignant d'améliorer les prestations fournis aux bénéficiaires des soins dans les services de pédiatries où les soins aux enfants est une grande responsabilité vu le nombre important des effectifs enregistré.

Dans une étude faite sur le bilan des activités des Urgences Pédiatriques à l'Hôpital du Mali (Bamako), le service des urgences pédiatriques a enregistré 8836 consultations dont 500 hospitalisations soit 5,65%. L'âge des enfants varient entre 1 mois à 15 ans. Les tranches d'âge de 2- 5 ans représentaient 42% de leur échantillon. Il y avait 59% de garçons. La raison de consultation la plus fréquente était l'hyperthermie soit 22%, suivi de la détresse respiratoire soit 20%. Le paludisme grave soit 38,2% a été la première étiologie des urgences pédiatriques (Traoré, 2023).

5. Conclusion

Nous avons mené notre étude sur vécu et expérience des parents et infirmiers face aux urgences pédiatriques pour lutter contre la mortalité : dans la Zone de Santé de Kadutu, dans la ville de Bukavu à l'Est de la RDC.

Nous remarquons que les enfants malades ne sont pas directement transportés au service de santé aussitôt malades, c'est ainsi que les cas bénins deviennent de plus en plus compliqué suite au retard dans la prise de décision d'aller à l'hôpital. Les parents sont moins informés sur les cas d'urgence pédiatrique, c'est pour cela qu'il fait d'abord recours à l'automédication avant que les choses se compliquent. Il y a aussi l'insuffisance financière et l'inexistence d'assurance santé dans nos milieux, lorsque les familles sont affiliées à une assurance maladie, le recours aux services de santé ne fait plus l'objet d'une hésitation.

Pour s'attendre à une meilleure prise en charge dans nos structures sanitaires, il faut que les ressources matérielles soient disponibles et la formation continue des personnels soignants.

Références bibliographiques

- Aloisio-Alves, C. (2021). Les expériences vécues et les apprentissages tissés en réanimation pédiatrique et soin continu : Les spécificités méthodologiques d'une étude narrative biographique. *Revue des recherches qualitatives*, 40(2), 123. <http://id.erudit.org/iderudit/1084070ar>
- Aubin, K. N. W., Gray, K. A. W., Numbi, O. L., & L. S. W. O. (2023). Epidémiologie hospitalière des urgences médicales pédiatriques à Lubumbashi. (Cas des hôpitaux généraux de référence de Lubumbashi). *Revue Africaine de Médecine et de Santé Publique*, 6-7. <https://www.ramsjournal.com/index.php/RAMS/article/view/155>
- Bitwe, R. (2007). Qualité des soins donnés aux enfants gravement malades dans un hôpital provincial en Afrique Centrale. [Quality of Care for Critically Ill Children in a Provincial Hospital in Central Africa]. *Revue des sciences, techniques et médecine, PublicHealth*, 19, 401-411. <https://www.scirp.org/reference/referencespapers?referenceid=215642>
- Dan, V., Hazoume, F. A., Ayivi, B., & Koumakpai, S. (1991). Prise en charge des urgences du nourrisson et de l'enfant : aspects actuels et perspectives d'avenir. *Revue de la médecine d'Afrique Noire*, 38(11), 752-759
- Esmiol, M. (2016). Présence des parents dans la réanimation de l'enfant, revue de littérature. *Revue Francophone Internationale de Recherche Infirmière*, 2(4), 197-205.

- <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2352802816300527>
- Moyen, G, H. Dinga, A. Mbika-Cardorelle, A.R. Okoko, & Obengui, A.S (2004). Urgence Médicale en réanimation pédiatrique. *Médecine d'Afrique Noire*, 665-669.
https://www.santetropicale.com/sites_pays/resume_oa.asp?id_article=167&revue=man&rep=congo
- Ndabashinze, P. & Harerimana, J. (2020). *Aspects épidémiologiques, cliniques, étiologiques, thérapeutiques et évolutifs : Etude prospective menée du 1er Novembre 2018 au 30 Avril 2019 à propos de 301 cas* [Thèse de doctorat, Université du Burundi].
<https://repository.ub.edu.bi/handle/123456789/754>
- Riche, E. (2023). *L'enfant grave aux urgences : Étude des transferts en unités de soins intensifs et de surveillance continue à partir des services d'accueil des urgences pédiatriques de l'Assistance Publique des Hôpitaux de Marseille en 2022* [Mémoire de master à l'université de Marseille, École de médecine].
<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04258612>
- Salumu, P. (2023). Profil épidémio clinique des urgences médicales pédiatriques Cas de l'HGR de wembo-nyama période : Année épidémiologique 2017 Chez les enfants de 0-59mois. *Congo Mémoire*. congomemoire.net.
<https://www.congomemoire.net>
- Traoré, A. (2023). *Bilan des activités des urgences pédiatriques au service de pédiatrie de l'hôpital du Mali du 1er janvier au 31 décembre 2022* [Mémoire de Thèse, Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako].
<https://www.bibliosante.ml/handle/123456789/12125>
- Traoré, M. (2019). *Motifs de consultation des enfants de 1 mois à 15 ans au service des urgences pédiatriques du C.H.U Gabriel Touré, de Janvier 2017 à Décembre 2017* [Mémoire de Thèse de doctorat, Université des sciences des techniques et des technologies de Bamako].
<https://library.adhl.africa/handle/123456789/9622>
- Zang, C. E., Obiang, P. N., Abaga, R. M., Moussa, O., Nkiet, S. E., Tchuinkam, A., Nguemou, N., & Ategbro, S. (2022). Analyse de la mortalité aux urgences pédiatriques du Centre Hospitalier Mère—Enfant, Fondation Jeanne Ebori de

Libreville, Gabon. *Revue d'anesthésie-réanimation, médecine d'urgence et toxicologie*, 14(2),17-21.