

La puéricultrice face à la diversité des publics : une expérience pédagogique

Stéphane TESSIER¹, Jean MARCHAL², Monique BOUTHELOT²,
Marie-Hélène GROSLIER²

« Nous avons à Paris un hôpital unique en son genre : cet hôpital est l'Hôtel-Dieu ; on y est reçu à toute heure, sans acception d'âge, de sexe, de pays, de religion ; [...] ».
J-R Tenon, *Mémoire sur les hôpitaux*. Préface, p. 1. 1788.

Introduction

La diversité des publics accueillis dans les structures de soin françaises, aujourd'hui de plus en plus visible, fait, pour de multiples raisons, rarement l'objet de réflexion en dehors de la psychiatrie. Elle est encore moins l'objet de préoccupations dans le cadre des formations initiales. La puériculture, discipline mobilisée aux moments les plus importants de la reproduction sociale est confrontée à une grande complexité des représentations et des pratiques³. La posture historique adoptée par cette science née au XIX^e siècle fut de combattre les attitudes familiales considérées comme non scientifiques et néfastes⁴, qui se poursuit aujourd'hui face à la diversité des représentations : « Dans ce contexte [de pluralité des soins], les pratiques de maternage et les soins aux jeunes enfants sont appréhendés par le personnel de santé comme étant

¹) Association REGARDS <http://dautresregards.free.fr>, chercheur associé aux laboratoires Centre de Recherches Éducation et Formations EA 1539, Paris 10 Nanterre Paris Ouest, et Pédagogie de la Santé EA 3412, Paris13, Sorbonne Paris Cité. stfessier@free.fr

²) Formatrices et Directeur, École de puériculture de la Fondation hospitalière Sainte Marie, 26 Boulevard Brune, 75014 Paris.

³) BONNET Doris & POURCHEZ Laurence (dir.), *Du soin au rite dans l'enfance*, Toulouse : coédition Érès et IRD, 2007.

⁴) Knibiehler Yvonne & Fouquet Catherine, *L'histoire des mères du Moyen Âge à nos jours*, Lausanne, Montalba, 1980.

DELAISI DE PARCEVAL Geneviève, *L'art d'accueillir les bébés, cent ans de recettes françaises de puériculture*, Paris, Odile Jacob, 2001.

La puéricultrice face à la diversité des publics : une expérience pédagogique

irrationnels, et induisant de fait des comportements fatalistes, susceptibles d'engendrer de la négligence envers les enfants.¹ »

Concrètement, cette attitude n'est plus recevable par une population de plus en plus informée et dont les rapports à l'autorité, singulièrement médicale, ont beaucoup évolué. Or, depuis l'universalisme scientiste du XIX^e siècle qui a structuré toute la pensée médicale moderne jusqu'au relativisme culturel, l'écart de pensée est grand. Faire accepter à la médecine l'existence de la pluralité des perceptions des maladies², a fortiori de celle des soins et de leur légitimité³ a été une longue épreuve, encore loin d'être achevée. Au-delà des problèmes de traduction⁴ ou de la spécificité de la maladie mentale, un voile pudique est ainsi très généralement posé par la médecine sur ces questions, par crainte de favoriser le communautarisme, par peur du racisme, par ignorance, ou encore pour des motifs moins avouables.

La plupart des réflexions sur la diversité culturelle en médecine sont massivement orientées vers le psychisme humain et la souffrance de l'exil⁵, rarement pour en saisir la chance⁶. Les questions sont souvent posées en termes d'adaptations réciproques des migrants et des institutions hospitalières⁷, parfois dans les modalités de l'inscription individuelle et collective de l'acte de naissance⁸, rarement en termes de formation pour l'action⁹.

L'alimentation, par son caractère massivement culturel, fait exception et est l'objet de réflexions fréquentes sur les habitudes des personnes¹⁰ et leur compatibilité avec les normes scientifiques promues. Les enjeux identitaires de l'alimentation sont d'autant plus importants que les acteurs sont minoritaires dans la société. Maintenir une certaine

¹) BONNET Doris & POURCHEZ Laurence, Postface, in Bonnet & Pourchez *op.cit.* p. 302.

²) AUGÉ Marc & HERZLICH Claudine (dir.), *Le Sens du mal: anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*, Paris, EAC, 1991 (1984).

³) BENOIST Jean (dir.), *Soigner au pluriel. Essais sur le pluralisme médical*, Paris : Karthala, 1996.

⁴) BENAMEUR Nadia, « La place des difficultés et des facteurs culturels dans le dialogue avec les familles immigrées », in COOK Jon & DOMMERGUES Jean-Paul (dir.), *Pédiatrie et culture*, Paris, Centre International de l'Enfance, 1993.

⁵) Voir les publications des centres Minkowska et Georges Dévereux.

⁶) MORO Marie Rose, *Enfants de l'immigration, une chance pour l'école*, Paris : Bayard, 2012.

⁷) SAUVEGRAIN Priscille, « La migration influence-t-elle le rapport des parturientes à la maternité publique française ? » *Migration Santé*, n° 142-143, 2011, pp. 29-57.

⁸) TILLARD Bernadette, *Des familles face à la naissance*, Paris, L'Harmattan, 2003.

⁹) TISON Brigitte, DÉSIRAT Hélène, *Soins et cultures, Formation des soignants à l'approche interculturelle*, Paris, Masson, 2007.

¹⁰) MABE Brigitte, « Transplantation et dynamique des pratiques alimentaires, L'exemple de familles africaines sahéniennes en région parisienne », in Jon Cook & Jean-Paul Dommergues (dir.), *Pédiatrie et culture, op.cit.*

tradition culinaire peut devenir un objectif majeur¹. On retrouve tous ces enjeux autour de la problématique de l'allaitement maternel.

Parfois, l'interculturalité fait l'objet d'une mise en catalogue de stéréotypes auto-performants qui feront percevoir aux étudiantes la réalité d'une façon figée ou, à l'opposé, elle peut aussi prendre la forme d'une complexification infinie² particulièrement paralysante et démotivante.

De surcroît, une grande partie de la diversité de la population française est issue des anciennes colonies, sollicitant des stéréotypes et des représentations profondément enfouies dans les imaginaires collectifs respectifs qui n'ont jamais été véritablement revisités, sujet des études post coloniales³. Comme tout refoulé, ces représentations vont trouver à s'exprimer au plus mauvais moment et de la plus mauvaise façon, lorsqu'émerge un conflit ou une situation de péril imminent. De ce fait, un certain nombre de stéréotypes se constituent et s'auto-entretiennent au sein des équipes soignantes, sans qu'une réelle analyse soit faite.

Le phénomène bien connu de la recherche de protection par les soignants à l'égard du mimétisme, de la contagion de la maladie et de la souffrance qu'ils côtoient va aussi interagir avec les questions culturelles ou religieuses. Pour décrire ce processus, Anne Vega utilise des mots très forts : « *Il s'agit plus précisément de marquer au fer rouge les individus "dangereux", étiquetés selon le titre professionnel, le sexe, la pathologie, la génération, l'identité ethnique, accentuant alors les inégalités sociales qui sévissent déjà dans notre société.*⁴ »

Les professionnelles se retrouvent donc très souvent empêtrées dans des contradictions entre les exigences cliniques scientifiques et protocolisées pour lesquelles elles sont formées, voire formatées, et des usagers porteurs de revendications sous-tendues par des argumentations culturelles ou religieuses. Face à de telles postures, la rationalité clinique

¹) MATHIEU Séverine, « La mémoire restaurée : la cuisine dans les couples mixtes juifs et non-juifs », in KANAFANI-ZAHAR Aïda, MATHIEU Séverine, NIZARD Sophie (dir.) *A croire et à manger, religions et alimentation*, Paris, L'Harmattan, 2007.

²) Comme le site canadien sur l'allaitement maternel interculturel : <http://allaiter.free.fr/presse/multiculturel.html#Cultures%20africaines%20de%20diff%C3%A9rentes%20origines>

³) APPADURAI Arjun, *Après le colonialisme. Les conséquences culturelles de la globalisation*, Paris, Payot, 2001.

SMOUTS Marie Claude (dir), *La situation postcoloniale. Les postcolonial studies dans le débat français*, Presses de Sciences Po, 2007.

Sans omettre la polémique entre BAYART Jean François; *Les études postcoloniales. Un carnaval académique*, Karthala, 2010 ; et BANCEL Nicolas et col., *Ruptures postcoloniales. Les nouveaux visages de la société française*, Paris, La Découverte, 2010.

⁴) VEGA Anne, *Une ethnologue à l'hôpital, l'ambiguïté du quotidien infirmier*, Paris, EAC, 2000.

est souvent impuissante et les solutions sont bricolées à la va vite de façon peu satisfaisante tant pour les professionnelles que pour le public reçu.

Le postulat initial de la démarche pédagogique est que la question des cultures doit d'abord rassembler avant de séparer. Tout groupe humain est en effet fondamentalement pluriculturel et le vivre ensemble se construit grâce au contact entre les différents espaces de vie qui apportent leurs diverses façons de penser, de sentir et d'agir. Aucune culture n'est isolée et les interactions avec les autres cultures offrent une palette infinie, en perpétuelle évolution. L'interculturalité suppose l'existence d'une relation entre les personnes qui appartiennent aux différents groupes culturels, c'est un concept plus ample que le simple fait « pluriculturel ». Elle inclut les différences de cultures entre soignant et soigné et ne se résume pas aux exotismes, pourtant très souvent mis en avant dans la description de dysfonctionnement des services. Ces exotismes en effet donnent aux conflits et litiges une coloration indélébile, tant du fait des usagers qui s'expriment sous ces formes, que dans le regard des professionnelles qui ont souvent du mal à faire un tri entre ce qui relève de l'anthropologie et ce qui ne fait que suivre des modes d'expression inhabituels.

Les enseignements sur l'interculturalité en Institut de Formation en Soins Infirmiers (IFSI), en dehors des cursus spécialisés en anthropologie ou en ethnopsychiatrie, sont souvent limités à leur plus stricte expression pour les professionnels du soin. Au pire ils sont absents¹, au mieux un anthropologue vient faire rêver les étudiants sur des ailleurs exotiques, insistant sur la diversité d'autres façons de penser, mais de manière peu audible dans le concert des protocoles et des standardisations. Il en découle alors un catalogue de cultures fossilisées et des attitudes prescriptives qui ne sont pas véritablement adaptées aux pratiques.

Matériel et méthodes

L'école forme des infirmières et sages-femmes puéricultrices depuis la création du diplôme de puéricultrices en 1947. Le projet de formation est centré sur la pertinence de la réponse aux besoins de l'enfant dans le respect des règles professionnelles d'éthique et de déontologie, selon le référentiel de formation de 1983. La question de la place à accorder à « l'apprentissage » de la dimension interculturelle dans le « prendre soin » pendant la formation des futures infirmières s'est progressivement posée à l'équipe, dès

¹) Le référentiel de formation du diplôme d'état infirmier de 2009 (arrêté du 30 juillet 2009) prévoit d'aborder la question de l'ethnologie dans le cadre de l'U.E.1.1 S2, avec la sociologie et la psychologie. L'objectif, louable, d'être capable « d'explorer la signification de la santé dans un contexte de diversité culturelle et sociale, diversité des valeurs et des croyances » doit être atteint avec tous ceux des deux autres disciplines en 25 heures de cours, 10 heures de TD et 15 heures de TP, ce qui apparaît être une gageure...

lors qu'un « soignant » rencontre un « patient », un « Tout autre différent » imprégné par sa propre culture.

Les contenus spécifiques relatifs à la dimension inter culturelle sont inclus dans le titre générique de sociologie du référentiel du programme de formation de juillet 1983¹, en cours d'actualisation.

Les thèmes abordés sont vastes et ne recoupent qu'indirectement les questions de la culture :

- Les courants sociologiques, les méthodes en sociologie.
- Place et fonctionnement des groupes et des institutions (statut, rôle, fonctions, autorité, pouvoir, etc.).
- L'appartenance sociale, les modes de vie.
- Évolution de la famille en France.
- Notions sur d'autres types de famille.
- Apparition et évolution de la notion d'enfance.
- Histoire du travail social.

Par ailleurs, le chapitre : Analyse en fonction de l'évolution des conditions socio-économiques recouvre les thématiques :

- De l'élevage des enfants (introduction successive des différentes sciences, influence des cultures et des modèles sociaux sur les pratiques éducatives et alimentaires) ;
- Des institutions qui les prennent en charge ;
- De l'activité des professionnels qui s'en occupent.
- Étude d'un quartier ou d'une population.

L'énumération de ces thèmes d'enseignements inscrits au référentiel de formation fait apparaître un manque de réflexion sur le concept d'interculturalité et son impact dans la relation soignant-soigné. L'école a dans un premier temps dispensé des enseignements magistraux sur les différentes cultures et progressivement, l'équipe pédagogique a mesuré l'écart entre les besoins des étudiants et le « poids » des enseignements dispensés.

Au cours de l'année 2000, l'équipe a pris le temps de mettre en perspective sa démarche à la lumière des travaux de Zahia KESSAR². En substance, elle a permis de s'interroger sur les enseignements : « L'infirmier doit faire participer l'individu ou le groupe en prenant en considération leur dimension culturelle et leur personnalité ». Émergeait

¹) Arrêté du 13 juillet 1983 relatif au diplôme d'État de puériculture. JO 08-09-1983 p. NC 828

²) KESSAR Zahia, « La formation en anthropologie à l'hôpital », *Hommes et Migrations*, n°1225, mai-juin 2000 : Santé, le traitement de la différence.

alors le projet d'intégrer un enseignement conceptuel et une réflexion sur une approche interculturelle de la relation soignants/soignés.

Si l'offre de cours était construite sur la volonté de faire réfléchir les étudiantes à partir de concepts anthropologiques, l'enseignement était pensé « comme un savoir sur les autres cultures dont on peut attendre des solutions, voire des recettes pour modifier les comportements dans le sens d'une normalisation, la culture étant considérée comme ce qui fait obstacle à la réalisation des soins »³. Prenant conscience de cette injonction paradoxale, il fallait construire autrement cette réflexion, et créer un nouveau module de formation.

Depuis de nombreuses années, les membres de l'association REGARDS interviennent sur les questions d'interculturalité dans une perspective d'anthropologie appliquée², menant des actions auprès des tribunaux pour enfants, organisant des formations auprès de travailleurs sociaux au sens large, etc. La démarche se structure autour de définitions pragmatiques de mots trop souvent mal utilisés : cultures (façons d'être ensemble et de se représenter le monde), identités (ce qui distingue moi des autres), communautés (partages d'intérêts à un moment et dans un lieu donnés), appartenances (sentiment de faire partie d'un groupe)³. Ces définitions sans prétention académique ont le mérite de servir de concepts repères susceptibles d'être capables de dénouer une situation, de lever un malentendu là où l'altérité semble faire blocage, et de remettre à sa juste place l'exotisme par rapport aux autres déterminants.

Les étudiantes

Les étudiantes (à 99% des femmes) sont des infirmières ou des sages-femmes et ont déjà eu l'occasion au cours de leurs stages ou de leur exercice professionnel de confronter leurs valeurs, leurs croyances, leurs idéaux représentatifs à la réalité des usagers. En cohérence avec les valeurs professionnelles de l'équipe pédagogique « la relation soignant / soigné » suppose une réflexion personnelle « à la rencontre de l'autre différent » que chacun mène tout au long de son exercice professionnel.

L'intention pédagogique de la séquence relative à l'interculturalité s'inscrit dans la finalité de la formation d'infirmière puéricultrice. Dans un premier temps, un enseignement magistral définit les principaux concepts liés aux cultures et identités, y compris professionnelles. Il insiste sur la nécessité de se garder de toute recette, sur l'éminente variabilité des repères culturels et fait émerger chez les étudiantes les traces encore bien vivaces, mais subconscientes, du passé colonial dans l'imaginaire collectif français. Associé à un cours sur l'historique et l'éthique de l'éducation pour la santé, ces

¹) KESSAR Zahia, *op. cit.*

²) TESSIER Stéphane (dir.), *Familles et institutions : cultures, identités, imaginaires*, Toulouse : Érès, 2009.

³) TESSIER Stéphane, *Les éducations en santé*, Paris : Maloine, 2012.

interventions encadrent les enseignements relatifs à l'Action d'Information en Matière d'Éducation pour la Santé (AIMES). D'autres enseignements concomitants abordent de façon approfondie la notion de relation à l'Autre, articulée avec celles d'accompagnement, d'éducation et de communication.

Dans un deuxième temps, les étudiantes sont invitées à rechercher des vignettes significatives au cours de leur stage. Il leur est demandé de rapporter une situation où leur culture s'est, selon elles, retrouvée confrontée à une autre. La vignette est nominative, la nature du stage est précisée (maternité, néonatalogie, pédiatrie, protection maternelle et infantile, établissements et structures d'accueil), le lieu, le prénom de l'enfant sont anonymes. L'ensemble des vignettes est colligé dans des livrets de 25 situations remis aux étudiantes une semaine avant le TD. Le TD porte concrètement sur les façons d'intégrer cette réflexion dans la posture professionnelle de la puéricultrice en débattant en commun des attitudes retenues et de ce qui paraîtrait souhaitable aux yeux des collègues. Cette démarche rejoint les compétences de l'infirmière puéricultrice, prévues par l'unité d'enseignement « *Promotion de la santé de l'enfant et des familles dans une approche communautaire de santé publique* » de la réforme en cours.

En fin d'enseignement, les étudiantes sont interrogées sur leur ressenti, les acquis et les manques.

Après cinq années de cette intervention, il a semblé intéressant de compiler ces situations. L'expérience pédagogique est aussi le reflet du vécu des étudiantes en stage, lui-même témoin de la situation quotidienne des équipes accueillantes, situation rarement abordée sous cet angle.

Résultats

Les vignettes cliniques

Les situations de blocages retenues étaient liées à ce que les étudiantes puéricultrices identifiaient comme étant d'origine culturelle et/ou religieuse. Parfois il ne s'agissait que d'une question linguistique. Certaines traduisaient des situations curieuses, étranges voire cocasses qui n'avaient pas de conséquence sanitaire. Ces situations révèlent aussi les souffrances, tant de la part des patients que des personnels, largement méconnues, et les bricolages inventés par les structures pour les surmonter, sans véritablement les élaborer.

L'analyse reflète le ressenti subjectif des étudiantes qui décidaient seules du choix de la vignette. Elle ne prétend donc nullement être une étude statistique des situations rencontrées dans diverses occasions de soins ni témoigner de la présence effective de tel ou tel champ culturel ou religieux. Il ne s'agit que de ce qui est apparu important, voire traumatisant, aux yeux de jeunes professionnelles. Ce constat est à ce titre très instructif

sur les modalités d'apprentissage sur le terrain qui sont infligées aux étudiantes et jamais accompagnées dans le domaine de l'interculturalité, faute de substrat théorique.

437 situations ont été rédigées pendant ces cinq années, pour plus de 500 étudiantes. En 2009 en effet, les situations étaient rédigées par groupe de travail et, dans les années qui suivirent, quelques rares étudiantes ont fait page blanche ou ont écrit des banalités non recevables.

Les résultats diffèrent peu d'une année sur l'autre. Ne seront donc mentionnés que les écarts apparaissant significatifs ou pouvant avoir un impact sur l'analyse.

Origine géographique

Elle est mentionnée dans 82% des situations. L'Afrique subsaharienne est en tête avec 33% des origines précisées (surtout Afrique de l'Ouest), puis viennent le Maghreb (16%), la France (13%), la Chine et l'Asie du Sud Est (11%). Les fluctuations annuelles autour de cette moyenne pouvaient être sensibles. Ainsi en 2011, on relevait 8% de situations en moins d'Afrique subsaharienne (24%), au profit du Maghreb (20%), alors qu'en 2013 l'Afrique avait été citée par 6% de plus (39%), au détriment de l'Asie (9%) et surtout des autres provenances moins citées.

Les groupes autour ou en dessous de 5% sont : l'ensemble Pakistan, Inde, Bangladesh : 5%, les gens du voyage : 4%, l'Europe de l'Est : 4%, le Moyen Orient : 2%, les Caraïbes et l'Amérique latine : 2%, comme la Turquie. Les autres sont inférieurs à 1%.

Il faut noter que 14 étudiantes ont recueilli leur situation lors d'un stage effectué dans des pays du sud, essentiellement d'Afrique sub-saharienne, ce qui ne répondait pas aux demandes pédagogiques mais permettait d'engager d'intéressantes discussions sur la relativité des représentations selon le territoire d'exercice.

Religions impliquées

Si elle était mentionnée par les étudiantes, la religion des patients n'a été relevée que lorsqu'elle apparaissait jouer un rôle dans le déroulé de la situation, soit sur le plan des croyances et de la spiritualité, soit sur celui des pratiques et des modes de vie. N'ont ainsi pas été prises en compte les identifications religieuses citées par les étudiantes mais qui n'étaient pas mobilisées dans le corps du récit par les différents protagonistes, ni sur le plan spirituel, ni sur celui des pratiques. Quelques situations, au demeurant, reflétaient la projection des stéréotypes à l'égard des religions en cause qui ont pu être travaillées en TD.

La religion a semblé jouer un vrai rôle dans 166 situations soit 38 % du total. Si certaines définitions étaient claires, ainsi pour les religions monothéistes, d'autres posaient des problèmes d'identification : l'envoûtement, le mauvais œil, etc. ont ainsi été rangés sous

L'appellation trop schématique d'« Animisme », le matériel recueilli ne permettant pas de décrire avec précision le système explicatif retenu¹.

L'Islam est cité dans 54 % de ces 166 situations, suivi par le Judaïsme (22 %) et l'Animisme (15 %). Le Christianisme sous ses différentes formes est cité dans 7 % des situations et les Témoins de Jéhovah dans 1%.

Les écarts d'une année sur l'autre concernent l'Animisme et l'Islam, et reflètent les écarts géographiques cités plus haut, sauf 2013 qui se distingue par un accent particulier mis sur les situations où le Judaïsme joue un rôle (30 %) versus celles mobilisant l'Islam (45 %).

Type de situations

Les deux grandes occasions d'observation choisies par les étudiantes sont la maternité (33%) et la pédiatrie hospitalière (24%). PMI, réanimation et crèches viennent ensuite.

10% des situations citent la question linguistique comme occupant le devant de la scène. Les populations les plus fréquemment concernées par cette question sont surtout asiatiques et européennes de l'Est, incluant les gens du voyage.

Les différences de représentations et de tolérance, à la douleur en particulier, sont soulignées surtout dans le cadre des stages à l'étranger où les futures puéricultrices ont été confrontées à des prises en charge très violentes, des interventions sans anesthésie, des accouchements où la mère était giflée pour qu'elle s'arrête de pleurer... Expériences que l'on conçoit facilement comme traumatisantes.

Certaines situations sont très fréquentes et renforcent des stéréotypes. Ainsi 64% des 14 situations ciblées « gens du voyage » concernent des problèmes liés au nombre de visiteurs dans les chambres d'hôpital et à leur comportement, 54% des 37 situations citant la religion juive portent sur l'organisation liée au Shabbat, 49% des 39 situations d'origine chinoise ou d'Asie du Sud Est concernent la quarantaine qui tient les mères éloignées de leurs bébés pendant leurs 40 premiers jours, 24% des 90 situations citant la religion musulmane portent sur les relations entre les sexes (2/3 refusant des soins d'une personne de sexe opposé, l'autre tiers portant sur la cohabitation de parents de sexe opposé dans la chambre d'hôpital partagée). 11% des 118 situations issues d'Afrique sub-saharienne portent sur l'apparente brutalité des massages des bébés.

Toutes ces situations typées (qui totalisent 20 % des 437 vignettes), outre le fait de traduire les réflexes qui ont incité les étudiantes à les choisir, ont en commun de décrire les perturbations du bon fonctionnement de l'institution et de ses protocoles habituels. En effet, l'institution n'est pas prête à répondre à certaines demandes « exotiques », comme l'accueil d'une grande famille ou l'acceptation de la procédure de massage dont seuls quelques gestes sont dangereux.

Certaines demandes des patients peuvent paraître injustifiées lorsqu'il s'agit par exemple d'exiger de faire sortir d'une chambre à deux lits un adolescent malade, pour laisser une

¹) KLEINMAN Arthur, *Patients and healers in the context of culture. An exploration of the borderland between anthropology medicine and psychiatry*. Berkeley : Univ. of California Press. 1980.

mère dormir au côté de son petit enfant, ou de refuser de décrocher le téléphone le samedi malgré un enfant agonisant. Faire le tri entre ce qui doit être toléré et ce qui doit être refusé est très complexe et les étudiantes expriment leur désarroi mais aussi l'arbitraire qui préside souvent-aux décisions institutionnelles.

Certaines contradictions de perception apparaissent : le fatalisme des familles devant le décès de leur enfant est souligné à quatre reprises (deux de religion chrétienne et deux de religion musulmane) alors que trois étudiantes relèvent une volonté d'acharnement thérapeutique qu'elles diagnostiquaient comme étant d'essence religieuse musulmane. Une autre situation relève l'intensité des soins apportés à son bébé par sa mère chinoise, qui se trouve à l'opposé des classiques 40 jours d'éloignement décrits plus haut, ou encore une quarantaine respectée par certaines femmes maghrébines alors que ce rite est absent des autres descriptions de cette origine.

Cette variabilité des constats doit bien alerter sur le danger d'assigner telle ou telle habitude « culturelle » systématiquement à certaines origines ou religions. Il s'agit de laisser au personnel soignant la flexibilité nécessaire pour s'adapter à ce qui est la véritable demande du patient. Celle-ci est l'interprétation que le patient fait lui-même de sa culture et de sa religion ici et maintenant devant une situation clinique toujours inédite.

Souffrance des personnels

L'analyse des situations a aussi porté sur l'expression de souffrance qu'elles véhiculaient selon des dimensions personnelles (souffrance ou désarroi exprimé par l'étudiante) ou professionnelles (impossibilité ou difficulté de mettre en œuvre les protocoles de soins prévus).

42 % des situations se concluent par un questionnement professionnel de la part de l'étudiante, parmi lesquelles 33% montrent une capacité d'aménagement et donc une conclusion positive, et 26% se soldent par un échec, aucun arrangement n'ayant pu être trouvé, ou ayant nécessité un rapport de force (police, etc.).

37 % traduisent un problème de mise en œuvre des soins lié à cette dimension culturelle ou religieuse, dont seulement 1 sur 10 restait cantonné au domaine professionnel, reflétant le fort engagement personnel de chacune des étudiantes. Ce peut être un refus de soin lié au règlement intransigeant, une prise en charge d'un bébé altérée par la représentation d'ensorcellement dont la médecine ne pourra avoir raison, ce peut être aussi la qualité d'homme ou de femme du soignant, etc., situations qui ne laissent jamais indifférent et retentissent sur la personnalité de chacune.

Ainsi, 66 % des situations traduisent une souffrance ou un questionnement personnel, portant sur son attitude, sa réflexion, son rapport aux autres, etc. Cela peut être des difficultés relationnelles, un effort particulier mis par l'étudiante à communiquer avec cette famille, le sentiment d'être hors-jeu, impuissante, etc.

Plus optimiste, il faut souligner que 28% des situations décrites n'ont débouché sur aucun problème, la situation étant une simple description d'un fait sans conséquence, ou ayant pu être résolue simplement (emballer le Coran dans un sac plastique dans

l'incubateur, trouver un surnom lors du décalage du choix du prénom, etc.), ou encore étant plutôt cocasse (Madame « Espé », se révélant être SP - Sans Prénom).

A l'opposé, certaines situations sont d'une grande violence et peuvent durablement affecter le psychisme des professionnelles qui y furent impliquées, comme ce deuil en vacarme hystérique qui bouleverse toute une maternité, ou cette ponction sternale infligée sans préparation à une adolescente non francophone qui vient d'arriver en France et qui ne comprend rien à ce qui lui arrive. Les exemples abondent et manifestement n'ont pas fait l'objet d'un débriefing adéquat pour les personnels qui y ont été confrontés.

Culture prétexte ou écran

La lecture de certaines situations fait apparaître que culture ou religion sont parfois invoquées à tort ou du moins de façon quelque peu abusive. La plupart du temps ces situations relèvent de problèmes relationnels qui prennent le devant sur la clinique et le déroulé des soins. Il peut s'agir de relations de couple ou, plus souvent entre mère, belle-mère et l'accouchée qui prennent la culture comme mode d'expression mais qui devraient être traités spécifiquement comme souffrance relationnelle ou dysfonctionnement familial.

Il peut s'agir encore de situations de personnalités difficiles qui prennent la culture ou la religion comme argument imparable pour faire valoir des exigences spécifiques. Ainsi un père très envahissant à l'égard de son adolescente diabétique exige de faire lui-même les prescriptions d'insuline parfois en contradiction avec les médecins en érigeant sa culture religieuse comme un écran protecteur, intouchable par nature. L'équipe se laisse faire par crainte de déclencher une colère irrépressible structurée autour de la religion, contre laquelle elle se trouverait démunie d'arguments, mais délaissant de ce fait l'adolescente.

Symétriquement, mais plus rarement souligné, l'équipe peut engendrer un dispositif de stigmatisation, au nom de stéréotypes bien ancrés. Ainsi, un couple très exigeant malmène l'équipe et refuse certains soins. Alors que ce couple n'invoque aucune raison religieuse ou culturelle, l'étiquette de leur appartenance leur est appliquée par l'équipe, dans une démarche stéréotypée d'assignation identitaire alors qu'ils sont « simplement » très pénibles. Plusieurs processus stigmatisants sont décrits de façon critique par les étudiantes qui y ont été confrontées : diagnostic de « syndrome méditerranéen », rejet d'une mère dont « la nourriture sent mauvais », projection imaginaire sur des gens du voyage alors que, dans une certaine situation, contrairement aux attentes affirmées, ils n'étaient ni trop nombreux ni bruyants...

Globalement, ce type de situation où la culture est abusivement invoquée est fréquent (19 %). La moitié apparaît totalement étrangère à la problématique interculturelle, les autres pouvant trouver une bonne partie de leur explication hors du champ culturel ou religieux.

Diversité des équipes

La notion d'interculturalité en équipe a été très peu abordée. Seules 2 situations sur les 437 l'évoquent. Une en 2011 parle des difficultés rencontrées dans l'usage de sa langue maternelle avec ses collègues dans l'équipe lorsque certains membres ne la parlent pas, une en 2010 décrit son utilisation comme interprète exclusive auprès d'une patiente laquelle s'est trouvée très désinvestie, à son départ lors de la fin du stage.

Retour des étudiantes sur leurs questionnaires

Il faut souligner que ces problématiques ne font pas l'objet de devoir ou de question d'examen dans le cursus des étudiantes, la professionnalité ne pouvant se mesurer par le biais d'écrit.

Un questionnaire a été proposé en fin d'enseignement, mais n'a pas été systématiquement rempli. La moitié des questionnaires ont été ainsi recueillis. Les critiques portaient surtout sur le souhait de disposer de plus de détails sur les « différentes cultures, religions et rites » et de recettes, alors même que dès le départ, les étudiantes étaient informées que ce n'était pas l'objectif de l'unité d'enseignement.

À la lecture des questionnaires, l'objectif de créer un temps fort de réflexion au sein du cursus semble atteint, « temps de se poser et parler... enfin de sujets importants. » L'articulation est appréciée par les étudiantes qui voient de façon massive dans le TD une occasion d'échanger de façon approfondie. Une ou deux chaque année trouve le cours un peu trop théorique ou abstrait.

La discussion en TD permet effectivement de dépasser leurs appréhensions et d'oser parler de ces thèmes culturels ou religieux sans craindre l'anathème ou les railleries. « Moins d'angoisse pour une meilleure prise en charge. » Elle permet aussi de prendre confiance en ses propres compétences et de s'autoriser à en parler afin de trouver une solution acceptable pour toutes les parties « Cela nous aide à dépasser nos a priori et à avoir engagé le dialogue pour expliquer notre discours ».

Quelques étudiantes souhaitent voir organiser des jeux de rôle, ce qui est difficile et sans doute trop engageant pour les acteurs avec le risque de se mettre en danger excessif devant leurs collègues.

Un autre objectif de la démarche est aussi de leur permettre de verbaliser leurs souffrances, d'une part pour leur bien-être professionnel mais aussi afin de ne pas laisser s'entamer leurs personnalités en instaurant des réflexes préjudiciables à la qualité des soins ou en cumulant des traumatismes déstabilisants. Le travail en TD, par la bienveillance qui y régit, autorise cette verbalisation. Certaines au demeurant le regrettent en soulignant que « l'intervenant ne donne pas de solution et nous laisse les trouver. »

Par ailleurs, elles doivent pouvoir discriminer ce qui relève effectivement d'un processus anthropologique ou religieux, de ce qui est plus du ressort de la psychologie ou du domaine social, l'étendard culture ou religieux faisant écran sur toutes les négociations (« la culturalité peut cacher d'autres problèmes. »).

Quelques critiques plus ciblées traduisaient un certain malaise personnel ressenti à l'égard d'une thématique toujours déstabilisante. « *Propos de tolérance sur l'excision choquants* », « *Parler d'intégrisme en religion m'a choqué* », traduisant une mauvaise compréhension des débats.

À distance de l'unité d'enseignement, une ancienne étudiante a organisé une intervention auprès des assistantes maternelles de son secteur. Cette réunion a regroupé une trentaine d'assistantes maternelles pendant une matinée où les échanges ont été très riches et constructifs. Des démarches propres à un service hospitalier (réanimation néo-natale, service d'accueil des urgences) ont émergé sous l'initiative d'anciennes étudiantes. En 2013, une étudiante est venue présenter son vécu à une réunion de travail de l'association partenaire de l'action.

Discussion

La naissance, la petite enfance, l'adolescence sont des périodes que toute société investit symboliquement avec une très grande force. La construction de la discipline de la puériculture, même si elle garde trace des héritages caritatifs chrétiens de l'hospitalisme, s'est élaborée autour d'une rationalisation scientifique de ce moment de la vie dont la légitimité ne peut être questionnée, les progrès étant là pour en démontrer la pertinence. Pour autant, l'évolution socio-historique de la société française met en contact ces professionnelles avec de nouvelles populations pour majorité issues des pays anciennement colonisés, qui interpellent, avec parfois une certaine violence, les structures institutionnelles. De fait, ces institutions entretiennent avec ces populations des rapports ambigus. La cohabitation de structures de pensée héritées d'un imaginaire colonial pas complètement éteint avec une vérité scientifique incontestable¹ et des mécanismes internes au système de santé et des corporations qui y sont mobilisées, engendre des attitudes confuses de part et d'autre de la relation de soin. D'une part, les missions de la puéricultrice sont clairement ancrées dans la science médicale qui ne souffre pas d'à peu près, mais simultanément, elles-mêmes vivent leur exercice avec leurs propres représentations du monde et leurs fragilités. D'autre part, elles sont face à un monde d'usagers qui portent toutes les marques visibles de l'étrangeté facilement assimilables à de l'ignorance ou de l'incompétence, et donc facilement tenus à distance.

¹ Même si en puériculture, cette vérité est parfois plus fragile que ce qu'elle affirme, comme l'évolution des préconisations sur le couchage des nourrissons dans les dernières décennies le démontre.

Les puéricultrices se trouvent ainsi déstabilisées dans leur professionnalité. Ce néologisme apparu dans les années 70 et inspiré, entre autres, de la transposition du terme italien « *Professionalità* »¹ terme combine le professionnalisme d'une technique avec la personnalité de l'intervenant, ses désirs, son éthique, etc., rendant compte de ce que l'intervenant transmet effectivement à ses interlocuteurs dans la relation de soins. L'équipe de Jean Furtos en a fait une extension heureuse à l'ensemble des travailleurs sociaux, parlant de « *relier le pôle de compétences professionnelles avec celui des ressources personnelles mobilisées* »², plus loin : « *Si le professionnalisme est un état stable qui refroidit, la professionnalité est un processus vivant qui réchauffe.* »³

Travailler la dimension de professionnalité de l'interculturalité oblige donc à une innovation pédagogique afin de ne pas se cantonner à la transmission brute de connaissance et d'élargir à la construction de compétences humaines autant que techniques. Cette difficulté explique peut-être pourquoi l'interculturalité dans le soin est un domaine assez peu enseigné, en dehors des actions spécifiques d'ethnopsychiatrie. Sur le terrain, cette thématique fait l'objet de multiples bricolages dont on peut saisir les traces à la lecture des vignettes. Les statistiques révèlent ainsi autant la réalité des problèmes que la sensibilité des étudiantes. En effet, la diversité des situations observées masque une certaine homogénéité des préoccupations des étudiantes, prises en tenaille entre les valeurs de porter soins selon des critères et des protocoles bien établis (et renforcés par l'*evidence based medicine*) et celles de respecter les humains dont elles ont la charge dans toute leur complexité, avec leurs propres personnalités faites d'histoires et de représentations. Le contexte des relations interprofessionnelles dans le lieu de stage joue aussi, avec les rivalités, les « bizutages », les craintes de mal faire, auquel se surajoute cette crainte de la contagion du mal, poussant à tenir à distance (psychologique si ce n'est physique) respectueuse les malades. Dans ce cadre, l'histoire coloniale est inconsciemment bien présente de part et d'autre de la relation de soin, suscitant de nombreux blocages et paralysies. La mise en évidence des mécanismes de stéréotypie fait souvent réagir négativement les étudiantes dans un premier geste. Or, les chiffres montrent bien comment sont associées certaines cultures et religions à des pratiques perturbant le service de santé. Les associations de l'Islam et des relations entre sexes, de la Chine et de la quarantaine, du Judaïsme et du Shabbat font ainsi partie du paysage habituel de ces étudiantes.

De fait, l'argument culturel, ou plus encore religieux, apparaît de nature à submerger toutes les velléités d'intervention de la part des soignants. Craignant un départ du patient

¹ BOURDONCLE Raymond & MATHEY-PIERRE Catherine, « Autour du mot « professionnalité » », *Recherche et Formations*, n° 19, 1995, pp. 137-148.

² Christian Laval, Claude Lozoun ; Editorial, « Prendre soin de la professionnalité » ; *Rhizome*, n°33 Lyon : ONSMP, ORSPERE, <http://www.orspere.fr/IMG/pdf/rhizome33.pdf> page 1 (14/10/2013).

³ *Ibid.*, page 2.

ou une violence verbale, voire physique, ces derniers préfèrent parfois laisser faire plutôt que d'intervenir sur un registre dont ils ne maîtrisent ni les arguments, ni les modalités. L'abstention permet aussi de maintenir la distance entre soignant et soigné. Or, indéniablement, l'intérêt de l'enfant et celui de la famille exigeraient que des soins de qualité soient apportés de façon équitable et que cette problématique soit réellement traitée.

Dans ce contexte, le choix d'une démarche pédagogique en trois temps apparaît pertinent. La première partie théorique sur les questions de cultures et de l'interculturel, les représentations coloniales héritées bousculant en les mettant clairement en évidence, est toujours reçue avec de nombreuses réactions dans l'amphithéâtre. Même si certains trouvent ce moment trop « intellectuel » ou « pas à notre niveau », il permet dans les faits de mettre au travail l'ensemble des notions qui seront par la suite confrontées au terrain de stage, voire à leur vie quotidienne.

L'obligation de rédiger des situations cliniques est le seul moyen pour surmonter les appréhensions et les évitements sur ce sujet délicat. Souvent, cette obligation est l'objet de revendications, de réticences, mais rarement (une à deux fois chaque année) de refus. La deuxième partie est une sorte de débriefing en collectif, avec l'analyse des expériences personnelles vécues sur le terrain. Les étudiantes apprennent à parler sereinement de culture et de religion, et à faire sauter les verrous qui interdisent tout discours, voire toute pensée sur les cultures. Il ne tiendra qu'aux étudiantes de se saisir de la méthode pour la mettre en œuvre sur leurs futurs lieux d'exercice et pouvoir ainsi travailler les souffrances liées à ces questions.

Simultanément le but de l'unité d'enseignement est de leur faire prendre conscience de la diversité et de la mouvance des situations auxquelles elles seront confrontées, rendant utopique le souhait d'une connaissance exhaustive, muséographique des cultures, même si dans le bilan final, certaines persistent à mentionner ce désir (« *Un petit fascicule sur les différentes pratiques, coutumes et religions* »). La prise de conscience par les étudiantes de la nécessité d'une grande flexibilité est autorisée par les diverses contradictions entre les situations, relevées et discutées lors des TD, soulignant la singularité de chaque personne soignée. Certaines étudiantes décrivent des situations inédites, allant à l'encontre des stéréotypes, ouvrant le débat sur la permanente reconstruction culturelle à laquelle elles seront confrontées.

Enfin l'unité d'enseignement permet de prendre conscience de la fonction projective qu'ont les équipes et les institutions sur leurs usagers (ici l'enfant, ses parents et la famille), dont témoigne d'une part la fréquence des situations stéréotypées relevées et, d'autre part, le blocage sur certaines situations qui pourraient être facilement réglées par des ajustements institutionnels : ouverture d'une salle spéciale pour grande famille, acceptation du massage du bébé mais pas de tous ses gestes, etc. C'est l'occasion en TD d'engager une réflexion sur les stéréotypes encore bien à l'œuvre dans les équipes.

Il apparaît souhaitable que de tels cadres de discussion puissent être régulièrement mobilisés au sein même des établissements afin d'autoriser les échanges, et de permettre d'élaborer de façon pérenne des cadres d'intervention cohérents, étayants et rassurants pour les équipes.

Cependant, malgré une diversification culturelle croissante des équipes, les étudiantes n'ont que très peu décrit de situation où celle-ci poserait problème. L'optimiste analysera ce silence en déduisant que tout s'arrange et s'aménage facilement au sein des équipes, ce qui est sans doute en très grande partie exact. Néanmoins, le pessimiste peut aussi y trouver un nouvel avatar du voile pudique apporté sur des sujets qui fâchent, ajoutant du refoulement au refoulement. Il s'agira dans les années qui viennent d'aborder ce sujet avec les étudiantes pour au moins le mettre au travail. Même si le plus probable est le constat d'une parfaite harmonie, celui-ci sera au moins verbalisé, mettant en exergue l'éventualité que la situation pourrait ne pas être toujours aussi facile.

Conclusion

Ce travail pédagogique montre à quel point les situations de blocages de la relation de soin sur les questions culturelles sont fréquentes dans les services, et pas ou peu travaillées. L'objectif pédagogique est de rendre les étudiantes capables de lever le voile sur le sujet dès la formation initiale pour améliorer le soin apporté aux usagers, éviter des déconvenues, des malentendus et des souffrances sur le terrain.

Aujourd'hui, cette expérience pédagogique s'appuie sur cinq années de réalisation et il est possible d'en tirer des enseignements en termes de développement d'une pensée individuelle, construction d'une pensée collective, maturation d'une identité personnelle constitutive d'une nouvelle identité professionnelle, structurant leur professionnalité. L'étude de situations à partir de vignettes cliniques produit une analyse des pratiques permettant d'aborder, au-delà des questions culturelles ou religieuses un certain nombre de concepts fondateurs d'une relation de soin sereine et sans ambiguïté.

Réinterroger la place de la puéricultrice dans la société et sa raison sociale selon les attentes de la diversité des usagers et la singularité de leurs demandes en respectant leurs cultures, leurs traditions familiales ou religieuses, oblige à décrypter les bricolages professionnels le plus souvent improvisés.

Ce faisant, les étudiantes se dotent d'outils pour agir quel que soit leur futur lieu d'exercice. Elles apprennent à mieux poser le problème, à apaiser les tensions et à envisager sans réticence la question des cultures. Cependant, trouver une solution en concertation avec les autres acteurs de santé également concernés peut parfois poser des problèmes complexes, la réflexion sur les cultures n'étant pas toujours partagée. Il faut souhaiter que de telles expériences de formation s'élargissent à d'autres corps de métiers impliqués dans le soin.

Bibliographie

- APPADURAI Arjun, *Après le colonialisme. Les conséquences culturelles de la globalisation*, Paris, Payo, 2001.
- AUGÉ Marc & HERZLICH Claudine (dir.), *Le Sens du mal: anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*, Paris, EAC, 1991 (1984).
- BANCEL Nicolas et col., *Ruptures postcoloniales. Les nouveaux visages de la société française*, Paris, La Découverte, 2010.
- BAYART Jean François; *Les études postcoloniales. Un carnaval académique*, Karthala, 2010.
- BENAMEUR Nadia, « La place des difficultés et des facteurs culturels dans le dialogue avec les familles immigrées », in Jon COOK & Jean-Paul DOMMARGUES (dir.), *Pédiatrie et culture*, Paris, Centre International de l'Enfance, 1993.
- BENOIST Jean (dir.), *Soigner au pluriel. Essais sur le pluralisme médical*, Paris, Karthala, 1996
- BONNET Doris & POURCHEZ Laurence (dir.), *Du soin au rite dans l'enfance*, Toulouse, coédition Érès et IRD, 2007.
- BOURDONCLE Raymond & MATHEY-PIERRE Catherine, « Autour du mot « professionnalité » » in Recherche et Formations N° 19, 1995, p. 137 :148.
- DELAISI DE PARCEVAL Geneviève, *L'art d'accueillir les bébés, cent ans de recettes françaises de puériculture*, Paris, Odile Jacob, 2001
- JO 08-09-1983 p. NC 82, Arrêté du 13 juillet 1983 relatif au diplôme d'État de puériculture.
- KESSAR Zahia, « La formation en anthropologie à l'hôpital », *Hommes et Migrations*, N°1225, mai-juin 2000 : Santé, le traitement de la différence.
- KLEINMAN Arthur, *Patients and healers in the context of culture. An exploration of the borderland between anthropology medicine and psychiatry*. Berkeley, Univ. of California Press. 1980.
- KNIBIEHLER Yvonne & FOUQUET Catherine, *L'histoire des mères du Moyen Âge à nos jours*, Lausanne, Montalba, 1980.
- L'allaitement maternel interculturel :
<http://allaiter.free.fr/presse/multiculturel.html#Cultures%20africaines%20de%20diff%C3%A9rentes%20origines>
- LAVAL Christian, LOZOUN Claude, Editorial, « Prendre soin de la professionnalité », *Rhizome* N° 33, Lyon : ONSMP, ORSPERE,
<http://www.orspere.fr/IMG/pdf/rhizome33.pdf> page 1 (14/10/2013)
- MABE Brigitte, « Transplantation et dynamique des pratiques alimentaires, L'exemple de familles africaines sahéliennes en région parisienne », in Jon COOK & Jean-Paul DOMMARGUES (dir.), *Pédiatrie et culture*.

- MATHIEU Séverine, « La mémoire restaurée : la cuisine dans les couples mixtes juifs et non-juifs », in KANAFANI-ZAHAR Aïda, MATHIEU Séverine, NIZARD Sophie (dir.) *A croire et à manger, religions et alimentation*, Paris, L'Harmattan, 2007.
- MORO Marie Rose, *Enfants de l'immigration, une chance pour l'école*, Paris, Bayard, 2012
- SAUVEGRAIN Priscille, « La migration influence-t-elle le rapport des parturientes à la maternité publique française ? », *Migration Santé* N° 142-143, 2011, p 29-57.
- SMOUTS Marie Claude (dir.), *La situation postcoloniale. Les postcolonial studies dans le débat français*, Presses de Sciences Po, 2007.
- TESSIER Stéphane (dir.), *Familles et institutions : cultures, identités, imaginaires*, Toulouse, Érès, 2009.
- TESSIER Stéphane, *Les éducations en santé*, Paris, Maloine, 2012.
- TILLARD Bernadette, *Des familles face à la naissance*, Paris, L'Harmattan, 2003.
- TISON Brigitte, DÉSIKAT Hélène, *Soins et cultures, Formation des soignants à l'approche interculturelle*, Paris, Masson, 2007.
- VEGA Anne, *Une ethnologue à l'hôpital, l'ambiguïté du quotidien infirmier*, Paris, EAC, 2000.

Résumé

La puéricultrice face à la diversité des publics : une expérience pédagogique

Qu'on le veuille ou non, les questions d'interculturalité traversent profondément toutes les pratiques de soin en France. La puériculture, agissant au cœur de la période la plus sensible pour la reproduction sociale, est confrontée à une multiplicité d'investissements symboliques et mythiques et de pratiques propitiatoires. L'enjeu est de former les futures infirmières puéricultrices à prendre en charge cette diversité dans les meilleures conditions possibles. Une unité d'enseignement articulant cours magistral et travaux dirigés sur vignettes cliniques, est ainsi proposé depuis 2009 à l'école de puériculture de la Fondation Hospitalière Sainte Marie. Le bilan de ces 5 années est ici proposé, avec les recommandations pour le futur.

Mots-clés

Interculturalité – Pédagogie – Puériculture – Diversité – Formation

Summary

The pediatric nurse facing a diversity of actors: a pedagogical experience

Like it or not, the questions of multi-culturality cross profoundly all the practices of care in France. The pediatric nurses, acting at the heart of the most sensitive period for the social reproduction, are confronted with a multiplicity of symbolic and mythical investments and propitiatory practices. The stake is to train the future pediatric nurses to take care of this diversity in the best possible conditions. A teaching unity articulating lecture and tutorial classes on clinical stories is so proposed since 2009 to the Fondation Hospitalière Sainte Marie. The assessment of these 5 years is proposed here, with the recommendations for future.

Keywords

Multiculturality – Pedagogy – Population diversity – Training – Pediatric nurses