

Pédiatrie
mon amour...



La pédiatrie aux urgences

Lindsay Devogeleer

26 mars 2024

La pédiatrie aux urgences

- ❖ Nouveauté dans la réa néonatal et pédiatrique
- ❖ Tri pédiatrique aux urgences
- ❖ Place/ressenti des Infi pédiatriques et non pédiatriques

Nouveauté/rappel réanimation



Réa Néonatale - accouchement extra hospitalier ou aux urgences

❖ PRIMORDIAL

- ❖ Être Formé : accouchements Extraobs (ifcsm) - NLS
- ❖ Chaleur - Matériel adapté - Essuies en suffisance
- ❖ Heure de naissance: corps sorti
- ❖ Clampage tardif >1 minute : temps pour bonnet, changement d'essuie, stimulation active

- ❖ 30 secondes de séchage /stimulation/ouverture voie aérienne

- ❖ **Évaluation : Respire? Tonus? RC?**

- ❖ Respire pas :

- ❖ 5 insufflations longues a l'AA à terme, 30% (ballon sans réservoir connecté à 02 si <32 semaines)

- ❖ Mise en place électrodes

- ❖ 30 secondes de ventilation: RR 30-40/min

- ❖ **Réévaluer: Respire? Tonus? RC?**

- ❖ $60 < RC < 100$ BPM: poursuite ventilation jusqu'à $RC > 100$ et respi spontanée efficace

- ❖ $RC < 60$ bpm

- ❖ 100% FiO₂ : compression thoracique 3V/1CT (environ 15 cycles pour 30 sec)

- ❖ Mise en place voie centrale: KTVO, IO

- ❖ **Réévaluer: Respire? Tonus? RC?**

- ❖ $RC < 60$ bpm

- ❖ Adrénaline 0,01-0,03mg/kg soit 0,1ml à 0,3ml d'une solution 1/10 000. Toutes les 2-4 minutes

- ❖ Si nécessaire: remplissage sérum physiologique 10 mL/kg

✧ OUF!!!!

✧ STABILISATION

✧ Glucosé 10% 2,5 ml/kg/h

✧ Si hypoglycémie ($<35\text{mg/dl}$): g10% 2cc/Kg en Ivd

✧ CHOIX DESTINATION

✧ Dispatching - pathologie de grossesse....

Chez l'enfant de 0-18 ans

PAEDIATRIC BASIC LIFE SUPPORT

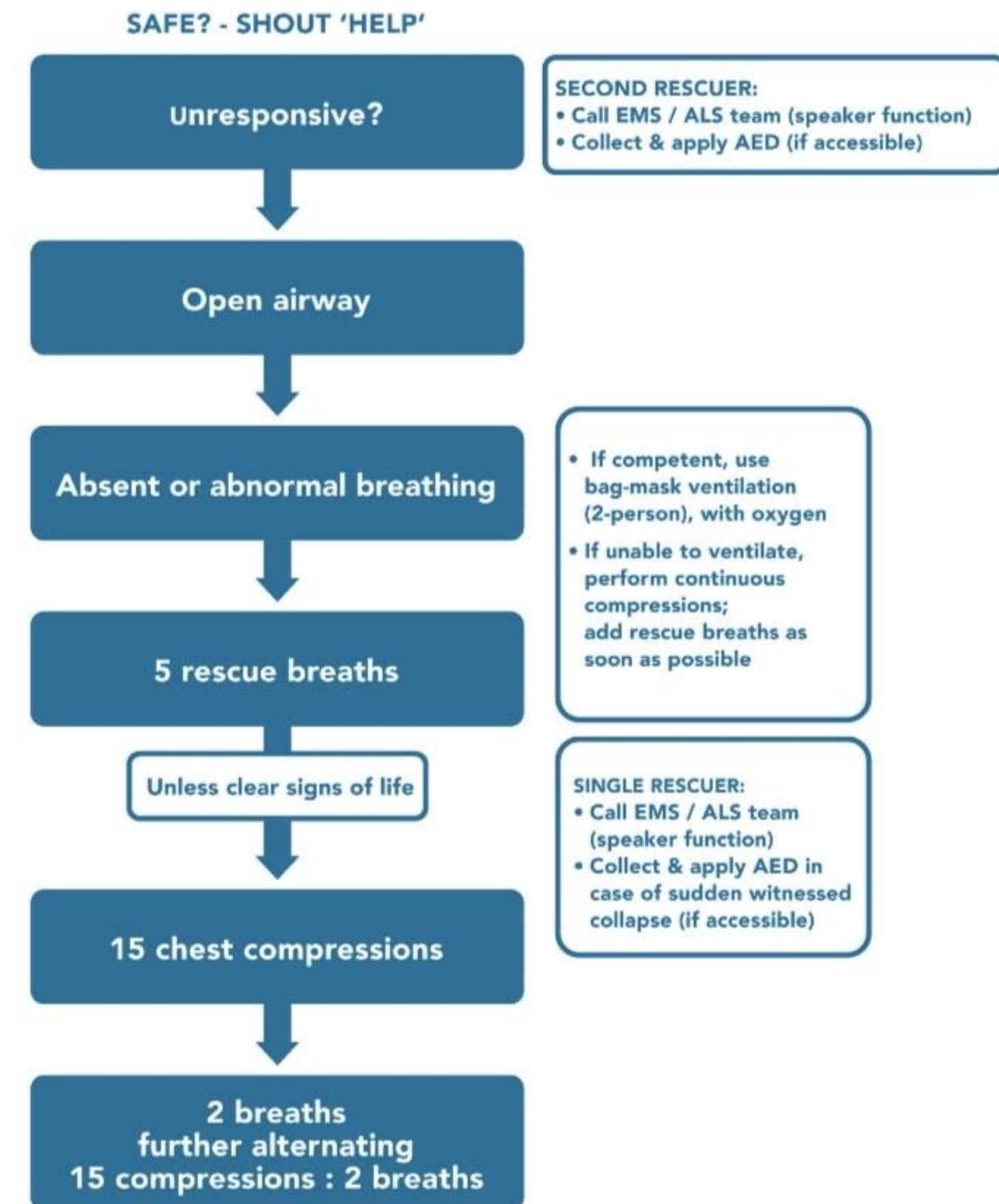


Fig. 2 – Paediatric basic life support.

PAEDIATRIC ADVANCED LIFE SUPPORT

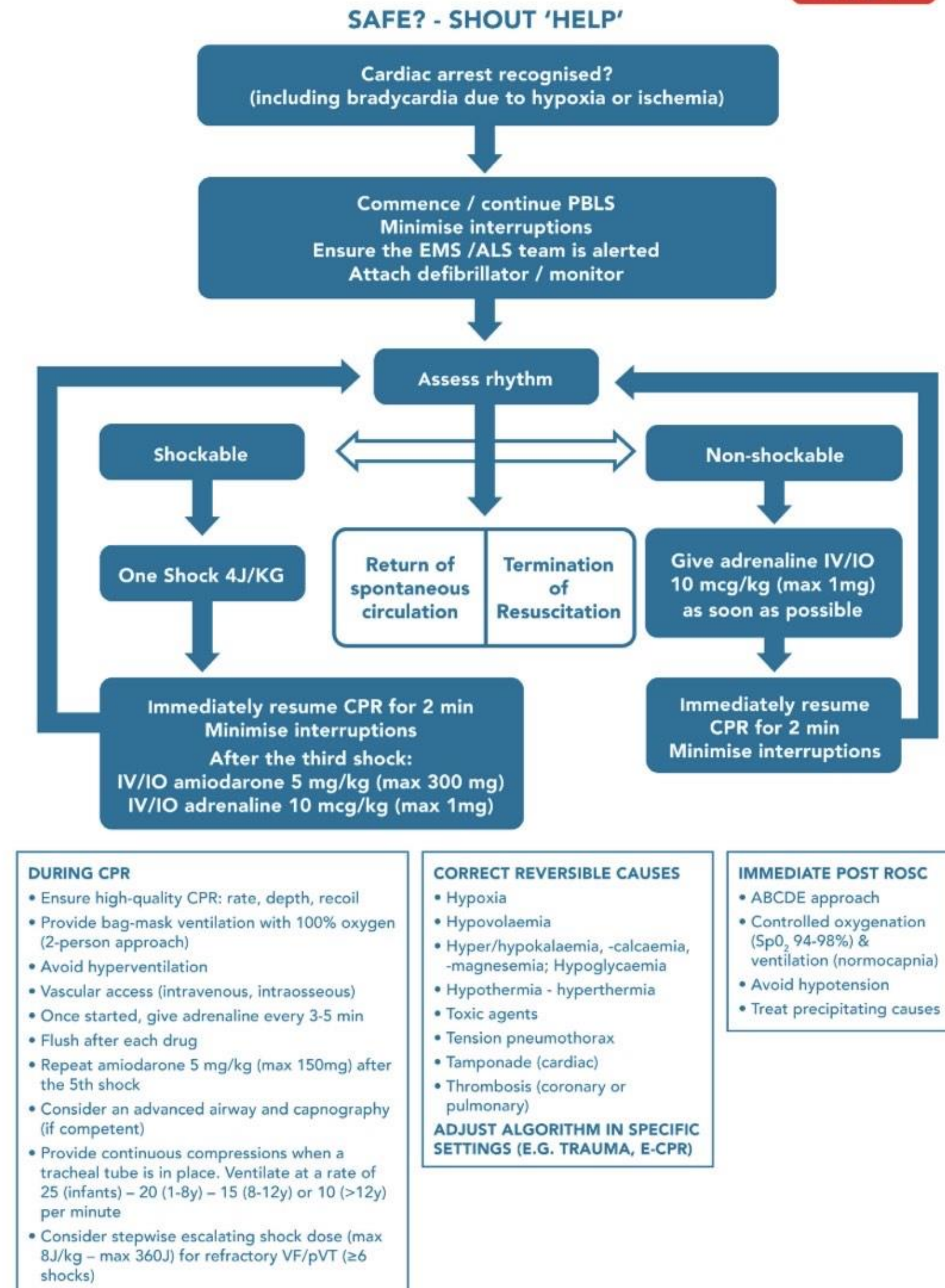


Fig. 4 – Paediatric advanced life support.

❖ Oxygénation

- ❖ !!!! On titre l'O₂

- ❖ Objectif: Satu 94-98% , si l'enfant est « trop mal » on mettra 100% puis on titrera quand on le peut

❖ Remplissage

- ❖ 10ml/kg cristalloïdes

- ❖ Réévaluer entre chaque bolus, penser rapidement aux médicaments vasoactifs

- ❖ Si choc hémorragique : max 2 x cristalloïdes : sang ASAP!!!

- ❖ Compressions thoraciques

- ❖ Début dès les 5 insufflations à 100%

- ❖ Empaumer à 2 mains chez le nourrisson même si le sauveteur est seul

- ❖ Ventilation

- ❖ À 4 mains dès que possible

- ❖ <1an: 25/min

- ❖ 1-8 ans: 20/min

- ❖ 8-12 ans: 15/min

- ❖ >12 ans: 10/min

❖ Cardioversion

- ❖ Électrique : 4J/kg (si insuffisance circulatoire décompensée)

- ❖ Chimique:

- ❖ Adénosine 0,2mg / kg (surtout si <1an <10kg) et 0,3mg/kg (max 12-18mg)

- ❖ Évaluation ARCA

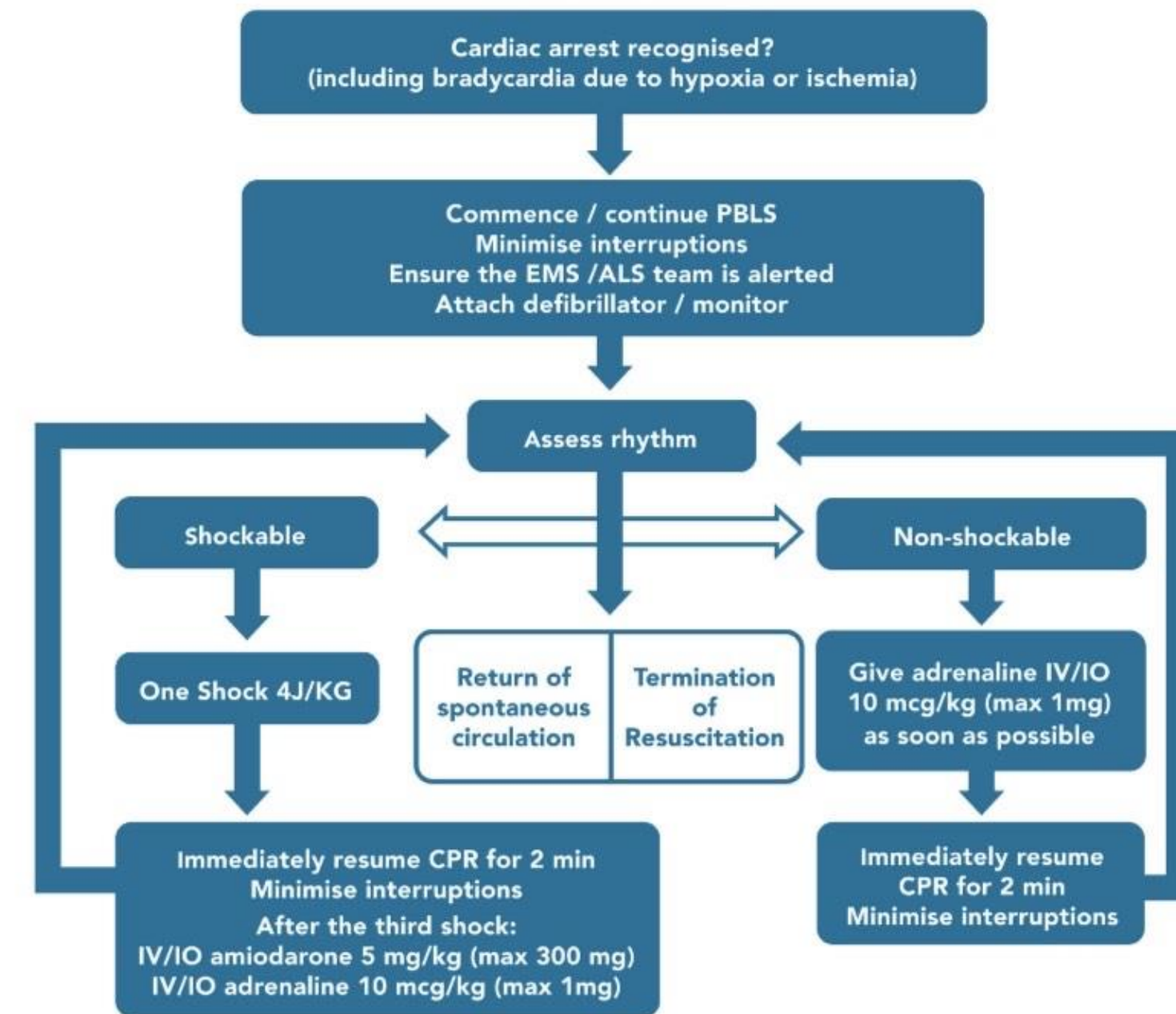
- ❖ 4H/4T + Hyperthermie, Hypokaliémie, Hyperkaliémie, MG, ÇA, hypoglycémie

- ❖ Voie d'accès : max 2 essais pour KT périph, soit 5 min

PAEDIATRIC ADVANCED LIFE SUPPORT



SAFE? - SHOUT 'HELP'



DURING CPR

- Ensure high-quality CPR: rate, depth, recoil
- Provide bag-mask ventilation with 100% oxygen (2-person approach)
- Avoid hyperventilation
- Vascular access (intravenous, intraosseous)
- Once started, give adrenaline every 3-5 min
- Flush after each drug
- Repeat amiodarone 5 mg/kg (max 150mg) after the 5th shock
- Consider an advanced airway and capnography (if competent)
- Provide continuous compressions when a tracheal tube is in place. Ventilate at a rate of 25 (infants) – 20 (1-8y) – 15 (8-12y) or 10 (>12y) per minute
- Consider stepwise escalating shock dose (max 8J/kg – max 360J) for refractory VF/pVT (≥6 shocks)

CORRECT REVERSIBLE CAUSES

- Hypoxia
- Hypovolaemia
- Hyper/hypokalaemia, -calcaemia, -magnesium; Hypoglycaemia
- Hypothermia - hyperthermia
- Toxic agents
- Tension pneumothorax
- Tamponade (cardiac)
- Thrombosis (coronary or pulmonary)

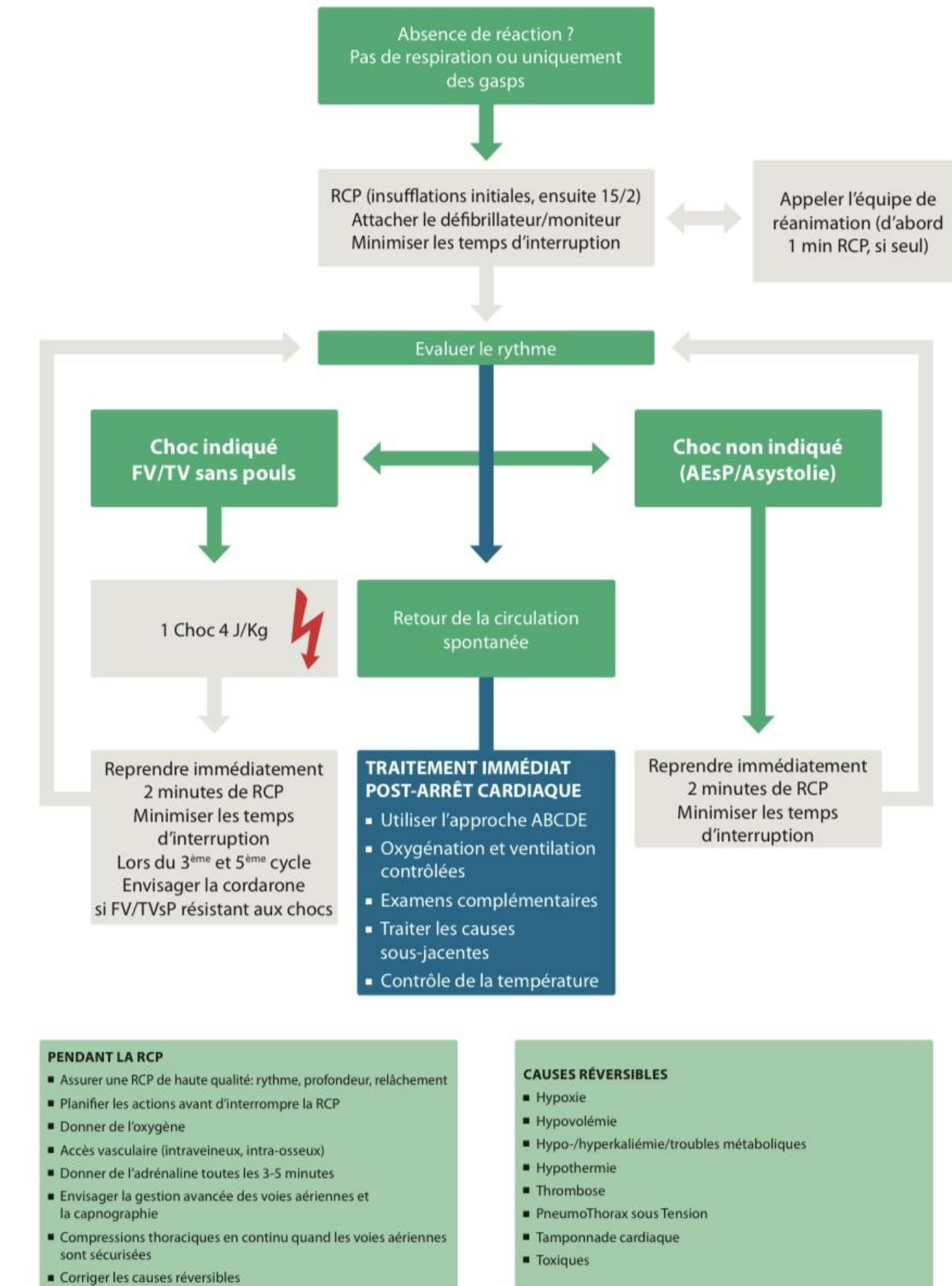
ADJUST ALGORITHM IN SPECIFIC SETTINGS (E.G. TRAUMA, E-CPR)

IMMEDIATE POST ROSC

- ABCDE approach
- Controlled oxygenation (SpO₂ 94-98%) & ventilation (normocapnia)
- Avoid hypotension
- Treat precipitating causes

Fig. 4 – Paediatric advanced life support.

2015



PENDANT LA RCP

- Assurer une RCP de haute qualité: rythme, profondeur, relâchement
- Planifier les actions avant d'interrompre la RCP
- Donner de l'oxygène
- Accès vasculaire (intraveineux, intra-osseux)
- Donner de l'adrénaline toutes les 3-5 minutes
- Envisager la gestion avancée des voies aériennes et la capnographie
- Compressions thoraciques en continu quand les voies aériennes sont sécurisées
- Corriger les causes réversibles

CAUSES RÉVERSIBLES

- Hypoxie
- Hypovolémie
- Hypo-/hyperkaliémie/troubles métaboliques
- Hypothermie
- Thrombose
- PneumoThorax sous Tension
- Tamponnade cardiaque
- Toxiques

Le TRI-pédiatrique aux urgences

Livre: édition
Étude - 2023



Tri Urgences Pédiatriques



accueil, des soins et d



En quelques chiffres à Braine

- ❖ Passage aux urgences CHIREC HBW tout confondu - pédiatrique (0-14ans)
 - ❖ 2019: 36 200 9349 (25%)
 - ❖ 2020: 29 876 6341. (21%)
 - ❖ 2021: 34 185 8626. (25%)
 - ❖ 2022: 38 859 10278. (26%)
 - ❖ 2023: 31 626 7797. (25%)
- ❖ Consultations sans rendez-vous le matin en majoration constante

Pourquoi faire un tri

- ❖ Majoration des passages aux urgences
- ❖ Majoration des temps d'attente
- ❖ Majoration de l'agressivité
- ❖ Diminution de la prise en charge globale de l'enfant avec sa famille
- ❖ Manque de box de consultation
- ❖ Manque de personnel en quantité suffisante

- ❖ Idéalement l'utilité du tri c'est de pouvoir référer vers un dispensaire ou un service d'urgence
- ❖ Distinguer les patients ayant un besoin rapide de soins aigus
- ❖ Fixer un ordre de passage
- ❖ Faire une éducation à la santé de qualité
- ❖ Repérer L'URGENCE au milieu des consultations d'urgence

❖ Un bon tri ça commence par

❖ Du personnel formé depuis l'accueil, le secrétariat jusqu'aux Infi (Infirmier(e) organisateur(trice) de l'accueil) médecins en suffisance

❖ Un(e) infirmier(e) de tri

❖ Des locaux adaptés

❖ 1ère évaluation doit être bonne et la même pour TOUS!

❖ QUICK LOOK : TOUT NU!!!!!!

❖ EPALS/ABCDE

❖ Catégoriser selon l'échelle de tri

❖ Conserver son sens clinique

❖ Donner les premiers soins / premiers examens

❖ Expliquer aux parents l'organisation

❖ Transmettre correctement l'info au pédiatre

❖ RÉÉVALUER régulièrement les patients en salle d'attente si c'est trop long

Il consiste à évaluer 3 pôles majeurs : **Aspect** (comportement), **Breathing** et **Circulation** (couleur), et ainsi réagir rapidement face à une urgence vitale.



Aspect

Enfant hypotonique, geignard, somnolent, confus (chez le grand enfant), trouble de la conscience, yeux en "coucher de soleil" (HTIC ++), respiration neurologique

Breathing

Circulation



- Polypnée
- Signes de lutte : tirage (sus-sternal, intercostal), balancement thoraco-abdominal, battement des ailes du nez
- Agitation (hypercapnie ++)
- Cyanose
- Stridor, wheezing, frein expiratoire
- "Head-bobbing"



Insuffisance circulatoire :

- Marbrures
- Extrémités froides
- TRC > 3 sec
- Pouls périphériques non perçus
- Tachycardie
- Hypotension (tardive chez l'enfant)

Quels paramètres

❖ RC - RR- satu - TA-t°- évaluation douleur (EVENBOL-EVA)

❖ Poids pesé du jour tout nu

❖ Répercussion maladie ???

❖ Prescription médicaments

Table 1.1 Normal values of parameters for age

AGE	RESP. RATE / min (LOWER - UPPER LIMIT)	HEART RATE / min (LOWER - UPPER LIMIT)	BP Syst mmHg (p5 - p50)	BP MEAN mmHg (p5 - p50)
1 month	25 - 60	110 - 180	50 - 75	40 - 55
1 year	20 - 50	100 - 170	70 - 95	50 - 70
2 year	18 - 40	90 - 160	70 - 95	50 - 70
5 year	17 - 30	70 - 140	75 - 100	55 - 75
10 year	14 - 25	60 - 120	80 - 110	55 - 75

✧ Paul 8 semaines tombe du lit de ses parents - Quel paramètre choisir ???

✧ T??

✧ TA??

✧ RC ??

✧ POIDS ??

✧ Satu ???

✧ Paul

✧ T°

✧ TA

✧ RC

✧ POIDS

✧ Satu ?

✧ Émile, 7 ans, toux quinteuse, tirage, fièvre

✧ Saturation ???

✧ RC??

✧ TA???

✧ T°??

✧ Poids ??

✧ Emile

✧ Saturation

✧ RC

✧ TA

✧ T°

✧ Poids

❖ Adèle 4,5 ans, douleur abdominales sus pubiennes, craintives, 38,4C

❖ Saturation ???

❖ RC??

❖ TA???

❖ T°??

❖ Poids ??

✧ Adèle

✧ Saturation

✧ RC

✧ TA

✧ T°

✧ Poids

Anticipation: EMU? Copro?
À jeun? Emla?

Quelle échelle de tri????

fiabilité : 2 Infi disent pareils - Validité: capacité mesurer état d'urgence

- ❖ CANADIAN TRIAGE and ACUITY SCALE FOR CHILDREN (CTAS) bonne fiabilité et bonne validité
- ❖ EMERGENCY SEVERITY INDEX (ESI) (américaine) bonne validité mais mauvaise reproductivité
- ❖ MANCHESTER TRIAGE SYSTÈM (MTS) très fiable mais bcp de surestimation
- ❖ AUSTRALIAN TRIAGE SCALE (ATS). Peu fiable en pédiatrie
- ❖ FRENCH
- ❖ ÉCHELLE DE TRI DES URGENCES PÉDIATRIQUE DU CHU GRENOBLE bonne validité

Échelle Canadienne CANADIAN TRIAGE and ACUITY SCALE for children : CTAS

- ❖ 5 niveaux de tri

- ❖ RÉAnimation (condition menaçant vie ou membre) : IMMÉDIAT absence de réaction , signes vitaux absents, déshydratation sévère, détresse respiratoire sévère, brûlures importantes, choc septique, anaphylaxie) - nouveau né avec détresse respi !
- ❖ Niveau 2 : TRÈS URGENT: délais 15 minutes: condition menace potentielle pour la vie, l'intégrité du membre ou sa fonction - nouveau né!
- ❖ Niveau 3: URGENT: condition pouvant s'aggraver jusqu'à nécessité intervention urgente : Délais 30 minutes
- ❖ Niveau 4: MOINS URGENT: condition qui en relation avec l'âge de l'enfant, de la détresse ou potentiel détérioration peut nécessiter une intervention ou des conseils Délais 60 minutes
- ❖ Niveau 5: NON URGENT: condition pouvant être aiguës mais non urgentes ou pouvant relever d'un problème chronique mais sans signe de détérioration . Délais 120 minutes ou référé vers autres secteurs de l'hôpital.

EMERGENCY SEVERITY INDEX

- ❖ 5 niveaux de gravité (tri adulte et enfant)
- ❖ 4 questions
 - ❖ est ce que le patient nécessite intervention immédiate de sauvetage (est il en train de mourrir) OUI??? NIVEAU 1
 - ❖ Est ce que la situation est à haut risque OUI??? NIVEAU 2
 - ❖ Combien de ressources ce patient va il nécessiter pour parvenir à la décision finale d'orientation (combien d'examen ?)
 - ❖ Aucun NIVEAU 5
 - ❖ Un NIVEAU 4
 - ❖ Plusieurs? 4ème question
 - ❖ Les paramètres vitaux sont ils compris dans les normes pour l'âge
 - ❖ Si un paramètre anormal. NIVEAU 2
 - ❖ Si tout est ok NIVEAU 3

A. Immediate life-saving intervention required: airway, emergency medications, or other hemodynamic interventions (IV, supplemental O2, monitor, ECG or labs DO NOT count); and/or any of the following clinical conditions: intubated, apneic, pulseless, severe respiratory distress, SPO₂<90, acute mental status changes, or unresponsive.

Unresponsiveness is defined as a patient that is either:
(1) nonverbal and not following commands (acutely); or
(2) requires noxious stimulus (P or U on AVPU) scale.

B. High risk situation is a patient you would put in your last open bed.
Severe pain/distress is determined by clinical observation and/or patient rating of greater than or equal to 7 on 0-10 pain scale.

C. Resources: Count the number of different types of resources, not the individual tests or x-rays (examples: CBC, electrolytes and coags equals one resource; CBC plus chest x-ray equals two resources).

<i>Resources</i>	<i>Not Resources</i>
• Labs (blood, urine) • ECG, X-rays • CT-MRI-ultrasound-angiography	• History & physical (including pelvic) • Point-of-care testing
• IV fluids (hydration)	• Saline or heplack
• IV or IM or nebulized medications	• PO medications • Tetanus immunization • Prescription refills
• Specialty consultation	• Phone call to PCP
• Simple procedure =1 (lac repair, foley cath) • Complex procedure =2 (conscious sedation)	• Simple wound care (dressings, recheck) • Crutches, splints, slings

D. Danger Zone Vital Signs
Consider uptriage to ESI 2 if any vital sign criterion is exceeded.
Pediatric Fever Considerations
1 to 28 days of age: assign at least ESI 2 if temp >38.0 C (100.4F)
1-3 months of age: consider assigning ESI 2 if temp >38.0 C (100.4F)
3 months to 3 yrs of age: consider assigning ESI 3 if: temp >39.0 C (102.2 F), or incomplete immunizations, or no obvious source of fever

MANCHESTER TIRAGE SYSTEM

❖ Utilisation de 50 diagrammes dont 7 pour la pédiatrie

❖ Douleur abdominale

❖ Bébé qui pleure

❖ Enfant irritable

❖ Boiterie de l'enfant

❖ Difficulté respiratoire

❖ L'enfant pas bien

❖ Les parents inquiets

Niveau 1 immédiat

Niveau 2 10 min

Niveau 3 60 min

Niveau 4 2h

Niveau 5 4h

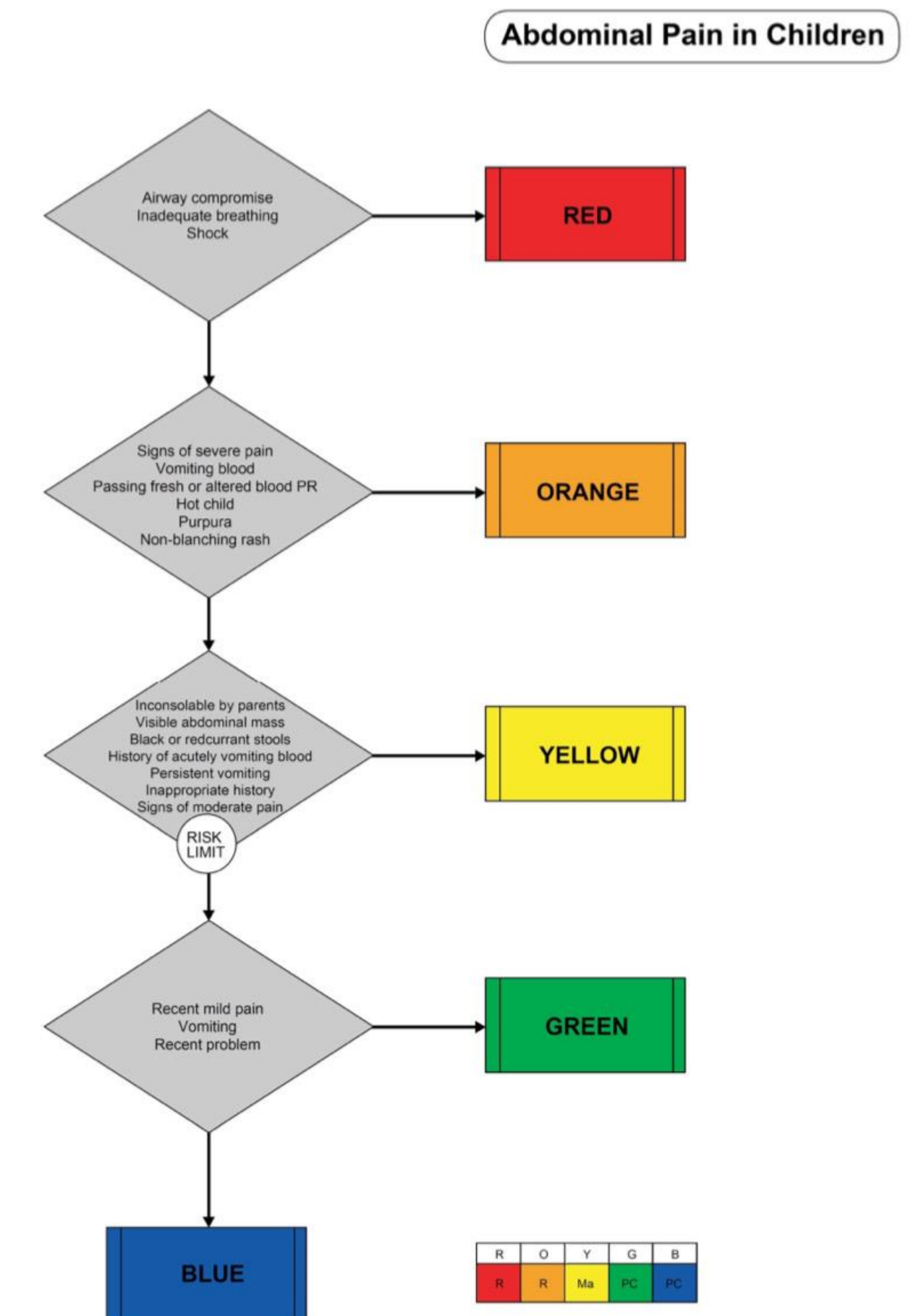


Fig 1. Example MTS flowchart.

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0246324.g001>

AUSTRALIAN TRIAGE SCALE

- ❖ 5 niveaux

- ❖ Niveau 1: menace vitale immédiate 0 min
- ❖ Niveau 2: menace vitale ou de défaillance organique imminente ou nécessité traitement rapide ou douleur très intense 10 min
- ❖ Niveau 3: menace vitale potentielle (possibilité de progression vers une menace vitale ou d'un membre) 30 min
- ❖ Niveau 4: potentiellement grave (possibilité de détérioration, symptômes modérés ou prolongés) 60 min
- ❖ Niveau 5: moins urgent (condition chronique ou mineure) ou problème clinico-administratif (récup de résultats , certificat médical, prescriptions ...). 120 min

FRENCH (FRench Emergency Nurses Classification in Hospital)

sfmu FRENCH triage		FRench Emergency Nurses Classification in-Hospital triage						
motif de recours		Tri M	Tri 1	Tri 2	Tri 3A	Tri 3B	Tri 4	Tri 5
PEDIATRIE ≤ 2 ans (pathologie spécifique)								
Dyspnée avec sifflement respiratoire	2			sifflement sans dyspnée				
Fièvre ≤ 3 mois	2							
Convulsion hyperthermique	3B			récidive ou durée ≥ 10 min, ou hypotonie	récupération complète			
Diarrhée / vomissements du nourrisson (≤ 24 mois)	3B			perte de poids ≥ 10% ou hypotonie	≤ 6 mois			
Troubles alimentaires du nourrisson (≤ 6 mois)	4			perte de poids ≥ 10% ou hypotonie	perte de poids ≤ 10%			
Bradycardie	4			avant 1 an : FC ≤ 80/min après 1 an : FC ≤ 60:min				
Ictère néonatal	4			perte de poids ≤ 10% ou selles décolorées				
Tachycardie	4			avant 1 an : FC ≥ 180/min après 1 an : FC ≥ 160/min				
Hypotension	4			1-10 ans : PAS ≤ 70 mmHg (+ âge en année x 2)				
Pleurs incoercibles	4				pleurs dans le box de l'IOA			

- ❖ **Tri 1:** menace du pronostic vital à court terme, détresse vitale évidente sur le plan respiratoire, cardio-circulatoire et/ou neurologique
- ❖ **Tri 2:** motif de recours présentant une menace pour le pronostic vital sur le moyen terme. Défaillance respiratoire, circulatoire, neurologique, métaboliqueavec un risque de décompensation
- ❖ **Tri 3A:** pas de détresse vitale mais pouvant être grave et dont l'état de santé pourrait se dégrader si l'on ne fait pas les bonnes investigations ou les bons traitements. Ce sont les patients orientés par le MT ou avec comorbidités
- ❖ **Tri 3B:** pas de détresse vitale mais pouvant être grave et dont l'état de santé pourrait se dégrader si l'on ne fait pas les bonnes investigations ou les bons traitements
- ❖ **Tri 4:** patient avec motif de recours ne menaçant pas le pronostic vital. Atteinte lésionnelle ou fonctionnelle nécessitant 1 ou 2 actes hospitaliers
- ❖ **Tri 5:** motif de recours ne menaçant pas le pronostic vital, pas de lésion fonctionnelle.

Tableau 2. Echelle de tri FRENCH^[15]

FRench E_mergency N_urses C_lassification in-Hospital triage								
DESCRIPTION GENERALE DES TRIS								
Tri	Situation	Risque d'aggravation	Perte de chance en cas d'attente	Actes hospitaliers prévisibles	Hospitalisation prévisible	Actions	Délais d'intervention	Installation
1	Détresse vitale majeure	Dans les min	++++	≥ 5	≥ 90%	Support d'une ou des fonctions vitales	Sans délai (IDE et Médecin)	SAUV
2	Atteinte patente d'un organe ou lésion traumatique sévère*	Dans l'heure	+++	≥ 5	≥ 80%	Traitement de l'organe ou lésion traumatique	Infirmière < 10 min Médecin < 20 min	SAUV ou Box
3A	Atteinte potentielle d'un organe ou lésion traumatique instable Comorbidité(s) en rapport avec le motif de recours ou patient adressé**	Dans les 24 h	++	≥ 3	≥ 50%	Evaluation diagnostique et pronostique en complément du traitement	Médecin < 60 min, puis IDE si besoin	Box ou SAUV ou salle d'attente
3B	Idem Tri 3A Patient sans comorbidité en rapport avec le motif de recours	Dans les 24 h	+	≥ 3	≥ 30%	Evaluation diagnostique et pronostique en complément du traitement	Médecin < 90 min, puis IDE si besoin	Box ou salle d'attente
4	Atteinte fonctionnelle ou lésionnelle stable	Non	0	1 ou 2	≥ 10%	Acte diagnostique et/ou thérapeutique limitée	Médecin < 120 min, puis IDE si besoin	Box ou salle d'attente
5	pas d'atteinte fonctionnel ou lésionnelle évidente	Non	0	0		pas d'acte diagnostique et/ou thérapeutique	Médecin <240 min	Box ou salle d'attente ou maison médicale de garde

* ou symptôme sévère qui justifie une action thérapeutique dans les 20 minutes maximum

** patient adressé par médecin le jour même aux urgences

MODULATION DES CONSTANTES POUR LES ADULTES

Rouge : immédiat
Jaune <60 min
Mauve <90 min

ADULTE	Tri 1	Tri 2	Tri 3
PAS (mmHg)	< 70	70 - 90 ou 90-100 + FC > 100	> 90
FC /min	> 180 ou < 40	130 - 180	< 130
SpO2 %	< 86	86 - 90	> 90
FR /min	> 40	30 - 40	
Glycémie		≤ 20 et cétose > 2mmol/l	> 20 mmol/l et cétose + ou nulle
GCS	≤ 8	9 à 13	14

Tri des urgences pédiatrique du CHU Grenoble

- ❖ Tous les paramètres doivent être pris
- ❖ 4 niveaux:
 - ❖ Niveau 1: immédiat
 - ❖ Niveau 2: 15 minutes
 - ❖ Niveau 3: 1 h
 - ❖ Niveau 4: pas de délai exigé

RESPIRATOIRE	<u>Polypnée</u> - moins de 2ans : > 60 - plus de 2 ans : > 30		<u>Polypnée isolée</u> ou avec signes de lutte discrets sans gêne pour l'activité physique	
	<u>Bradypnée</u> - moins de 2ans : < 30 - plus de 2 ans : < 20			
	<u>Désaturation</u> - moins de 1 an : SaO2 < 92% - plus de 1 an : SaO2 < 90%	<u>Désaturation</u> - moins de 1 an : SaO2 < 94% - plus de 1 an : SaO2 < 92%	SaO2 > 92%	SaO2 > 94%
	<u>Signes d'épuisement respiratoire</u>	<u>Signes de lutte respiratoire modérés</u>		

RESPIRATOIRE			
Cyanose	Refus alimentaire ou essoufflement lors des tétées	Polypnée isolée ou signes de luttés dicrets sans gêne pour l'activité physique	Toux isolée
Epuisement respiratoire : - Difficultés d'élocution - Sueurs - Souffle coupé	Signes de lutte respiratoire - Balancement thoraco-abdominal - Battement des ailes du nez - Tirage important Quintes de toux cyanosantes Suspicion d'inhalation Douleur thoracique Laryngite avec signes de lutte		Rhinorrhée

C'est trié c'est réglé???

- ❖ Non

- ❖ Importance d'une anticipation des premières lignes de traitement

- ❖ Fièvre : ordre permanent pour paracetamol/ibuprofen

- ❖ Douleur : ordre permanent pour palier 1 et 2 (et 3)

- ❖ Anticipation des examens pouvant être demandés par le pédiatre

- ❖ EMLA?

- ❖ SAC à urines

- ❖ ANP

LE TRI AUX URGENCES MIXTES

- ❖ C'EST COMPLIQUÉ

- ❖ Pas de super échelle mixte
- ❖ Paramètres de l'enfant fluctuents selon l'âge
- ❖ Problème d'expression des plaintes Hétéro-anamnèse

Place de l'infirmier(e) pédiatrique / Place de l'infirmier(e) SIAMu

Un ressenti bien différent



Infi Ped ont une expertise différente, sont plus à l'aise pour les actes techniques, ont une approche famille plus aisée

SIAMU mieux formés pour l'enfant critique mais 99% sont non critiques ! L'éducation à la santé c'est pas mon truc

SIAMU sont plus « à l'aise » avec la réa en général parce que plus fréquente qu'en pédiatrie et donc on peut apporter du réconfort/soutien aux pédiatriques

C'est compliqué de devoir gérer les enfants aux urgences adultes parce qu'on a l'impression d'abandonner les adultes et quand y a pas bcp d'enfants on va aider du côté adultes et du coup on n'est parfois plus disponible pour les enfants!

Si je suis au poste Ped je veux prendre l'enfant en charge de AàZ même s'il y a bcp car cela permet de voir leur tête et de repérer celui qui est plus urgent que les autres (quitte à les voir dans le couloir)

Je ne suis pas contre que l'infirmière du tri trie les enfants mais ça prend bcp plus de temps que chez les enfants

Je vois que la prise en charge varie bcp selon que le(a) SIAMU aime le poste ou non

Nous devons avoir une ligne de conduite identique quelques soit l'infirmier au poste Ped

Je suis SIAMU mais ,
J'aimerais qu'on discute un peu
plus des échelles d'évaluation et de
gestion de la douleur

J'aimerais apprendre à avoir des
bons conseils à donner aux parents
dans l'éducation à la santé

Quels sont les éléments importants
d'une anamnèse en fonction de la
plainte initiale

Quels sont les éléments clés à
transmettre au pédiatre lors de
l'appel

Un enfant n'est pas un petit adulte
Intégrer les parents et les faire participer
aux soins alors que les accompagnants
adultes doivent rester dans la salle
d'attente (Carnet One, antcd, aide prise
de sang,)

Je propose toujours que l'enfant soit dans
les bras des parents

Poids et températures sont pour moi des
paramètres indispensables

La prise en charge commence toujours
pas une observation du patient (Quick
look)

- les urgences pédiatriques représentent un vrai stress
 - les urgences réelles sont rares
- tous les actes techniques invasifs sont stressants - communication/dialogue/gestion du stress différente
 - agressivité/peur du patient/de ses parents
- le fait que ce sont des enfants est difficile parce qu'ils n'ont pas encore vécu, ils ont leur vie devant eux

- Être au poste pédiatrique est pour moi une punition
- On fait un « moule frite » comme chez les adultes
 - D'un point de vue logique et éthique il faut mettre les meilleurs docteurs et les meilleurs infirmier(e)s à ce poste pour ne pas faire souffrir les enfants pour calmer la névrose de leur parents
 - Je souhaite qu'on arrête de punir ces enfants en leur attribuant du personnel non compétent comme moi

Aux urgences, c'est l'infirmière urgentistes qui a toute sa place pour s'occuper de tous les patients, l'infi Ped est une référence , une ressource pour les difficultés

Ma difficulté c'est de prendre en charge **l'enfant dans sa globalité**

On fait toujours passer les enfants après les adultes car il y a trop de « consultation » par rapport aux vraies urgences adultes (...)

J'ai l'impression de faire du travail à la chaîne pour chercher l'enfant réellement malade du coup on relègue au 2ème plan « la douleur, le bien être, l'éducation à la santé »

On manque de temps et de moyen, il faut 2 Infi pour faire les soins et donc trouver un collègue dispo , du coup on prend pas le temps de mettre tout le monde dans des bonnes conditions

C'est le reflet d'un autre problème : pas assez de place en consultation , lourdeur administrative (consult pour certificat)

Au lieu de sous estimer ce poste, il faudrait 2 infi prévu pour pouvoir gérer le stress, la douleur, les parents

J'aime le post pédiatrique si j'ai le temps de ne faire que ça, pas si je dois le faire entre les adultes

Être infirmière au poste pédiatrique c'est revenir à la base de notre profession: l'OBSERVATION - notre JUGEMENT CLINIQUE

Anamnèse longue pour qualifier l'état de l'enfant : poids, appétit, comportement! MAIS L'augmentation des passages « pédiatriques » est réelle et les infrastructures ne sont plus suffisamment adaptées : on ne déshabille pas par manque de place, personnel en quantité insuffisante
On doit renvoyer les patients dans la salle d'attente même s'ils sont fragiles et à risque pour accueillir le suivant.
On ne sait plus prendre le temps de mettre de l'EMLA.
Pour prise de sang/sondage je dois aller trouver un collègue disponible pour m'aider, mais quand c'est une journée difficile l'aide n'arrive pas. Soit on retarde soit on fait avec moins de qualité!
Ma difficulté c'est la communication avec l'enfant/sa famille ça prend beaucoup de temps.

Je ne me sens pas assez formée pour la douleur de l'enfant aux urgences
Lors des grosses journées, certains enfants sont un peu oubliés....
En cas de réa Ped, je ne suis pas à l'aise pour la gestion des parents, j'aimerais que les psy descendent nous aider, je ne me sens pas former, je suis maladroite

Heureusement, je me sens bien entourée/acceptée par les pédiatres (discussion possible) qui font confiance à mon jugement

J'aimerais des formations supplémentaires sur la gestion de l'enfant et de son entourage
J'aimerais trouver un moyen de collaborer avec le service de pédiatrie qui est également en sous effectif/surchargé.

Passer d'infi pédiatrique à infi adultes nécessite une adaptation. Situations différentes et déstabilisantes.

Compétences requises différentes

Les urgences adultes sont *plus intenses*, il y a plus de gravité, d'urgence à prendre une décision et à intervenir

Chez les adultes ils ont déjà bien vécus pour la plupart

Les infi urgentistes sont moins formés, les informations/l'éducation aux parents ne sont pas toujours correctement délivrées

Difficulté d'avoir de l'empathie, de la distraction par manque de formation Ped.

Les infi urgentistes ne sont pas toujours sensible à la douleur des actes, de l'enfant

Ce poste est important mais trop peu de choses mises en place pour la pédiatrie aux urgences:

- pas le temps pour la gestion de la douleur
 - Rien pour la gestion de l'attente
- Rien pour distraire pendant une suture
 - Rien pour mettre en confiance

- Je ne me sens pas assez formé pour l'éducation à la santé - les fiches sont dépassées.

Je pense que l'équipe serait demandeuse et heureuse de se former à la pedia

L'infi Ped a toute sa place aux urgences - elle est primordiale

Compléments à l'anamnèse importante en pédiatrie et à la réassurance des parents

Ayant 3 infi Ped dans le service, je les accompagne souvent pour enrichir mes connaissances.

- elles apportent de la douceur, de la patience et des connaissances pédiatriques

- Elles sont le ying et le yang avec les urgentistes

L'infirmière urgentiste a une vision globale de l'urgence - du « pas bien » adulte ET enfant

Il faut faire que le post pédiatrique parce que ça prend beaucoup de temps, il faut prendre le temps pour le MEOPA, l'EMLA, distraire l'enfant, mettre de la musique

On oublie de rassurer le parent inquiet qui va aider son enfant aussi

En Smur pas le temps de faire dans la dentelle...

Je pense que le post Ped doit être pris au sérieux.

Les paramètres complets de base et les spécifiques doivent être connus et pris. Réflexe

glycémie/cétonémie, quand faut il vraiment une TA

Afficher des panneaux avec paramètres facilement visibles dans les salles de pédiatrie/de tri

MERCI POUR VOTRE ATTENTION



**VOUS POUVEZ POSER DES
QUESTIONS (OU PAS)**