

République Algérienne Démocratique et Populaire
Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique
Université Abderrahmane Mira-Bejaïa
Faculté de Médecine
Département des Sciences Infirmières



Mémoire de fin de cycle.

En vue de l'obtention du diplôme de licence en Sciences Infirmières.

Thème

*Les soins en contexte des
urgences pédiatriques*

Elaboré par :

Nacef Saliha & Saada Nihal

Encadré par :

Professeur AHMAN

Chef de service de pédiatrie CHU Bejaïa

Docteur Chouyeb Pédiatre au CHU Bejaïa

Promotion 2021/2022

Remerciement

Avant tout on remercie Dieu le tout puissant de nous avoir donné la santé et la volonté d'entamer et de terminer ce mémoire. Nous tenons à remercier très chaleureusement le **Professeur AHMANE** chef de service pédiatrie au CHU de Bejaia.

D'une façon spéciale, on tient à remercier vivement notre promotrice **Docteur CHOUEB** pour l'honneur qu'elle nous a fait en acceptant de nous encadrer, pour ses orientations, le temps qu'elle nous a consacré pour ce travail. On désire aussi remercier tous nos professeurs d'université, surtout notre chef de département **Professeur BEN KUISSEM** qui nous fournit les outils nécessaires à la réussite de notre formation.

Un grand merci à l'équipe soignante du service des urgences pédiatriques de Targa Ouzemour au CHU de Bejaïa.

Le plus grand merci à nos chers parents, qui ont toujours été là pour nous.

Enfin, nous remercions chaleureusement tous ceux qui, de près ou de loin, nous ont apporté leur sollicitude et ont contribué à l'élaboration de ce travail, grand merci.

Dédicace

En tout premier lieu je remercie le bon Dieu le tous puissant de m'avoir donner la force. Et avec joie, fierté, et respect je dédie ce modeste travail :

A ma famille, elle qui m'a dotée d'une éducation digne, son amour a fait de moi ce que je suis aujourd'hui.

A mon cher père Said: Aucune dédicace, aucun mot ne saurait exprimer tout le respect, toute l'affection, et tout l'amour que je vous porte. Merci de m'avoir soutenu et aidé à surmonter tous les impreuves de la vie.

A ma chère mère Zohra : Je vous exprime ma gratitude, la profondeur de mon amour, le respect et la reconnaissance, vous m'avez tout donné sans compter, votre bonté et générosité sans limites. Merci pour tout je vous dédie le fruit de votre amour.

Mes frères et sœurs : Sérina, Lydia, Ariame, Yassine Abdallah, et Djamel Eddine.

Ma tante Rebiha ma deuxième mère que Dieu vous donne une longue et joyeuse vie.

Ma grand-mère Aicha de 105 ans que Dieu prolonge sa vie, elle attend toujours le moment ou je serai infirmière.

Mes cousins et cousines : Mahdi, Oussama, Sifou, Manel, Kahina ...

Mon Oncle Kamel et sa femme Saliha.

Et a ma deuxième famille mes amis que j'aime, on a passé 3 ans pleins des beaux souvenirs : Saliha, Hanane, Rania, Aya, Yasmine, Fairouz

Ma binôme Saliha, avec qui j'ai partagée des bons moments, merci pour ton soutien, ta patience et ta compréhension tout au long de ce travail.

Saada Nihal

Dédicace

Je dédie ce modeste fruit d'étude aux êtres les plus chers dans ce monde, en particulier à ceux qui m'ont donnée la vie et cette chance d'être parmi eux, mes adorables parents.

A mon très cher père Mouloud :

Aucune dédicace ne serait éloquente pour exprimer ma gratitude vis-à-vis de vos sacrifices depuis mon enfance et jusqu'à ce jour. Vos prières ont été pour moi d'un grand soutien tout au long de mes études.

Merci d'avoir été toujours là pour moi, sans vous je ne suis rien mais grâce à vous je deviens une infirmière.

Je t'aime très fort papa

A ma très chère mère Fatiha :

Tous les mots du monde ne sauraient exprimer l'immense amour que je porte pour vous. Les mots sont incapables d'exprimer le respect que j'ai toujours eu pour vous. Je vous dédie ce travail en témoignage de mon profond amour. Votre patience sans fin votre compréhension et votre encouragement sont pour moi le soutien indispensable que vous avez toujours su m'apporter.

J'espère de tout mon cœur qu'en ce jour vous êtes fières de moi.

Je t'aime énormément Mama ...

A mes adorables sœurs et mon frère :

Un grand merci à mes chères sœurs : CHAHRA, THELJA, SAIDA et HABIBA pour la joie que vous me procurez, merci infiniment pour votre soutien, votre aide et votre générosité qui ont été pour moi une source de courage.

A mes neveux et nièces, à mes oncles et leurs familles, à mes amies d'enfance, à tous mes proches je dédie ce travail.

D'une façon précise , je dédie ce mémoire à ma deuxième famille , mes précieuses amies : NIHAL , HANANE ,FAIROUZ ,AYA ,MAROUA , YASMINE , .. . Je ne vous oublierai jamais ainsi que les souvenirs qu'on a passés ensemble.

Je remercie ma binôme NIHAL pour sa patience et son encouragement tout au long de ce projet. « Je t'aime ma sœur ».

Nacef Saliha

Table des matières :

Remerciement

Dédicace

Dédicace

Table des matières

Liste d'abréviations

Liste des figures

Liste des tableaux

Clarification des concepts

Introduction 1

Partie théorique

Chapitre 1 :les urgences pédiatriques

1 Définitiondelanotiond'urgence 5

2 Laperceptiondel'urgence pédiatrique 5

3 Définitiondesstructuresd'urgencespédiatrique 7

3.1 Généralitéssurlesservicesd'urgences 7

3.1.1 Définitiondeservicesdesurgences 7

3.1.2 Lesspécificitésdeservicesdesurgences 7

3.1.3 Lessoinsd'urgence 8

3.2 Lesstructuresd'urgencepédiatrique 8

4 Organisationgénéraled'un serviced'urgencepédiatrique 9

4.1 LaCompositiondesservicesd'urgence 9

4.2 Organisationduservicesdesurgencespédiatriques 11

4.3 Nouveauxmodesd'organisationdesservicesd'urgencespédiatriques 12

5 Lesmissionsdesstructuresd'urgencepédiatriques 14

5.1 Mission de soins 14

5.2 Mission d'organisation 15

5.3	Mission d'enseignement et de recherche	15
6	Le fonctionnement des services d'urgence pédiatrique	16
6.1	Le processus de prise en charge aux urgences pédiatriques	17
6.2	Les modes de gestion du service d'urgence pédiatrique	20
6.2.1	La régulation des flux de patients aux urgences	20
6.2.1.1	Organisation interne des services d'urgence	20
6.2.2	Gestion du délai d'attente	21
6.2.3	La gestion du stress	22
6.3	Les contraintes liées au service des urgences pédiatriques	22
6.3.1	Surcharge et engorgement des urgences	22
6.3.2	Inadéquation entre l'offre et la demande	25
7	Le triage au niveau des services d'urgence pédiatrique	25
7.1	Définition	26
7.2	Les difficultés et particularités du tri pédiatrique	27
7.3	Le déroulement du triage	28
7.3.1	L'évaluation rapide	28
7.3.1.1	Le PAT (Pediatric Assessment Triangle)	28
7.3.1.2	L'évaluation physique ordonnée ABCDE	29
7.3.2	L'interrogatoire de l'accompagnant	29
7.3.3	La mesure des constantes	29
7.4	L'échelle de tri	29
7.4.1	Les avantages d'une échelle de tri	29
7.4.2	Echelles développées pour les structures des urgences pédiatriques	30
7.4.2.1	Échelle canadienne de triage et de gravité	31
7.4.2.1.1	La démarche de tri	31
7.4.2.1.2	Les niveaux de tri	32
7.4.2.2	Emergency Severity Index	33
7.4.2.2.1	La démarche de tri	33
7.4.2.3	Manchester Triage System (MTS)	34

7.4.2.3.1Ladémarchedutri	34
8 Exemples sur les urgences pédiatriques	35
8.1 La détresse respiratoire	36
8.2 La détresse circulatoire	36
8.3 La détresse neurologique	36
8.4 La fièvre aiguë	37
8.5 La crise d'asthme	37
8.6 L'infection urinaire	37
8.7 Les pathologies digestives	38
8.8 Cétose diabétique	38
8.9 Ictère chez l'enfant ou nouveau née	38
8.10Pathologies dermatologiques	38
Chapitre 2 :Les soins infirmiers aux urgences pédiatriques	
1 Définitions de L'infirmier	40
1.1 Générale	40
1.2 Selon l'organisation mondiale de la santé	40
1.3 Selon le conseil international de l'infirmier (CII)	40
2 La formation de l'infirmier	40
2.1 La formation initiale	40
2.1.1 Généralités	40
2.1.2 La formation initiale de l'infirmier	41
2.2 La formation continue	41
2.2.1 Définition	41
2.3 Objectifs de formation contenue pour les infirmiers	41
2.4 Les compétences de l'infirmier	41
3 Rôle de l'infirmier	42
3.1 Rôle propre	42

3.2	Le rôle sur prescription médicale	43
3.3	Le rôle en collaboration	43
3.4	Spécificités de rôle de l'infirmier	43
3.5	Rôle de l'infirmier organisateur de l'accueil à l'urgence	44
3.5.1	Définition de l'accueil aux urgences	44
3.5.2	Mission générale de l'IOA	44
3.5.3	Missions permanentes	44
4	Les soins Infirmiers	46
4.1	Définition	46
4.2	L'objectif du soin infirmier	47
4.3	Les outils d'organisation du soin	47
4.3.1	La planification des soins	47
4.3.2	Les protocoles et procédures	47
4.3.3	Les transmissions	48
4.3.4	Le dossier de soins infirmier	48
5	Exemple sur les soins infirmier aux urgences pédiatriques	49
<u>Partie pratique</u>		
1	Description générale du service des urgences pédiatriques du CHU de Bejaïa	52
1.1	Personnel du service	53
1.1.1	Personnel médical	53
1.1.2	Personnel paramédical	53
1.2	Organisations des consultations	53
1.2.1	Enaval	53
1.2.2	Aux urgences	53
1.2.3	Enamont	54
2	Matériel et méthodes	55
2.1	Type d'étude	55

2.2 Champ d'étude	55
2.3 Période d'étude	55
2.4 Les critères d'inclusion	55
2.5 Les critères d'exclusion	55
2.6 Traitement des données	56
2.7 .Plan d'analyse	56
3 Résultats	58
3.1 Caractère généraux	58
3.1.1 Age	58
3.1.2 Sexe	59
3.2 Circonstance d'arrivée aux urgences	59
3.2.1 Les horaires de consultation	59
3.2.2 Délai d'attente	60
3.2.3 Accompagnement	61
3.2.4 Provenance	61
3.3 Motif de consultation	62
3.4 Prise en charge	63
3.4.1 Actes des soins	63
3.5 Examens complémentaires	64
3.5.1 Biologie	64
3.6 Soins infirmiers aux urgences pédiatriques	65
3.6.1 La radiologie	66
3.6.2 La réanimation	66
3.7 Diagnostic retenu après passage au service des urgences	67
3.8 Le devenir du patient	68
3.9 La notion d'urgence	68
3.9.1 6.1 La perception de l'urgence	68

4	La discussion	70
4.1	Limites et contraintes de l'étude	70
4.2	Caractères généraux	70
4.2.1	Age	70
4.2.2	Sexe	70
4.2.3	Horaires de consultation	70
4.2.4	Délai d'attente	70
4.2.5	Provenance	70
4.2.6	Motifs de consultation	71
4.2.7	Actes, gestes, soins infirmiers	71
5	Evaluation des insuffisances	73
6	Propositions	75
	Conclusion	77
	Bibliographies	79
	Annexes	84

Liste d`abréviations :

SAU : service générale d`accueil des urgences.

SAUV : sale d`accueil des urgences vitales.

SAMU : service d`aide médicale urgents.

SMUR : structure mobile d`urgence et de réanimation.

SFMU : société française des médecines d`urgence.

SAU : service d`accueil des urgences.

POSU : pole spécialisé des urgences.

UPATOU : unité de proximité d`accueil des urgences.

SUMC : service des urgences médicochirurgical.

IOA : infirmière organisatrice de l`accueil.

UHCD : unité d`hospitalisation de courte durée.

ATS: Australian triage scale.

ESI: emergency severity index.

CTAS: Canadian triage acuity scale.

MTS: Manchester triage system.

CIMU: classification infirmière des malades aux urgences.

PAT : pediatric assessment triangle.

CII : conseil internationale de l`infirmier.

OMS : organisation mondiale de santé.

PA : pression artérielle.

ECG : électrocardiogramme.

Liste des figures :

<i>Figure N°1 : les degrés d'urgence.....</i>	<i>06</i>
<i>Figure N°2 : Service d'accueil au niveau des urgences.....</i>	<i>09</i>
<i>Figure N°3 :La salle d'attente des urgences pédiatriques.....</i>	<i>10</i>
<i>Figure N°4 : La salle d'accueil des urgences vitales(SAUV).....</i>	<i>10</i>
<i>Figure N°5: pedatric assessment triangle.....</i>	<i>18</i>
<i>Figure N°6: Diagramme générique du circuit patient.....</i>	<i>27</i>
<i>Figure N°7 : enfant en situation de détresse respiratoire.....</i>	<i>35</i>
<i>Figure N°8: enfant en situation de fièvre aigue.....</i>	<i>36</i>
<i>Figure N°9: enfant en situation de crise d'asthme.....</i>	<i>36</i>
<i>Figure N° 10: enfant en situation d'ictère.....</i>	<i>37</i>
<i>Figure N°11 : exemple de pathologie dermatologique.....</i>	<i>38</i>
<i>Figure N°12 : Prise de sang chez l'enfant.....</i>	<i>49</i>
<i>Figure N°13 : Pose de perfusion pour l'enfant.....</i>	<i>49</i>
<i>Figure N°14 : Réalisation d'un ECG chez l'enfant.....</i>	<i>50</i>
<i>Figure N°15 : Répartition des malades selon le sexe.....</i>	<i>59</i>
<i>Figure N°16:Répartition des consultants selon l'heure de consultation.....</i>	<i>59</i>
<i>Figure N°17:Répartition des consultants selon les horaires de consultation durant la garde.....</i>	<i>60</i>
<i>Figure N°18: Nombre de consultants selon le délai d'attente.....</i>	<i>60</i>
<i>Figure N°19: Répartition des patients selon leurs accompagnent.....</i>	<i>61</i>
<i>Figure N°20 : Répartition des patients selon leur mode de provenance.....</i>	<i>62</i>
<i>Figure N°21: Répartition des malades selon le motif de consultations.....</i>	<i>62</i>
<i>Figure N°22 : Nombre des patients reçoit ou non des actes des soins.....</i>	<i>64</i>
<i>Figure N°23: Les actes des soins les plus fréquemment utilisés aux urgences.....</i>	<i>64</i>
<i>Figure N°24 : Répartition des différents examens biologiques réalisés.....</i>	<i>65</i>
<i>Figure N°25 : Répartition des différents soins infirmiers aux urgences pédiatriques.....</i>	<i>66</i>
<i>Figure N°26: Diagnostic retenue après passage aux urgences.....</i>	<i>67</i>

<i>Figure N°27 : Nombre des patients retenus ou reparti à la maison.....</i>	<i>67</i>
<i>Figure N 28 : Répartition des patients selon leurs devenirs.....</i>	<i>68</i>
<i>Figure N 29 : Répartition des patients selon le degré de l'urgence.....</i>	<i>68</i>

Liste des tableaux :

<i>Tableau N°1: Les niveaux de la CTAS.....</i>	<i>32</i>
<i>Tableau N°2 : Les valeurs physiologiques de la FR et la FC selon l'âge.....</i>	<i>32</i>
<i>Tableau N°3 : Définition des niveaux de gravité selon le délai d'attente.....</i>	<i>34</i>
<i>Tableau N°4 : classement des urgences par indice de gravité.....</i>	<i>45</i>
<i>Tableau N°5: Répartition de nombre des consultants en fonction de l'âge.....</i>	<i>58</i>
<i>Tableau N°6: Répartition des patients selon leur mode de provenance.....</i>	<i>61</i>
<i>Tableau N°7: Les motifs de consultation.....</i>	<i>63</i>
<i>Tableau N°8: Répartition des différents Soins infirmiers aux urgences.....</i>	<i>64</i>

Clarification des concepts :

Service des urgences : «Service d'un centre hospitalier disposant des ressources humaines et matérielles pour accueillir des malades externes dont l'état nécessite une intervention médicale et chirurgicales immédiate. »

(Selon le grand dictionnaire terminologique)

Urgences pédiatriques : Situation pathologique concernant les enfants qui nécessitent des soins immédiats sous peine de conséquences graves pour leur santé , voire pour leur vie .

(Selon l'ouvrage de Larousse Médical)

Patient : « Le terme patient vient du latin « patients » qui signifient souffrir et supporter. Un patient est une personne qui fait l'objet d'un traitement médical ou chirurgical ».

(Selon le dictionnaire Larousse)

L'infirmier : « Est considérée comme exerçant la profession d'infirmière ou d'infirmier toute personne qui donne habituellement des soins infirmiers sur prescription ou conseil médical, ou en application du rôle propre qui lui est dévolu. L'infirmière ou l'infirmier participe à différentes actions, notamment en matière de prévention, d'éducation de la santé de formation ou d'encadrement. »

(Selon le code de la santé publique)

Rôle de l'infirmier : « Aider les individus, les familles et les groupes à déterminer et réaliser leur plein potentiel physique , mental et social ... »

(Selon l'OMS)

Prise en charge : « Cette expression s'emploie plus spécifiquement dans le domaine médecine et désigne le fait de prodiguer les soins à un patient. »

(Selon dictionnaire – L'internaute)

Compétence professionnelle : « La compétence professionnelle consiste en la capacité d'agir avec pertinence dans une situation complexe de soin en mobilisant ses connaissances et ses habiletés cliniques, tout en exerçant son jugement pour prodiguer des soins de manière sécuritaire et éthique. »

(Selon le Code de déontologie)

L'équipe pluridisciplinaire : « Une équipe est qualifiée de pluridisciplinaire ou multidisciplinaire quand les membres qui la composent œuvrent dans des disciplines différentes .Autrement dit , c'est une équipe constituée de collaborateurs aux compétences variées , mais complémentaires . »

(Selon BLOG INFLUENT)

Formation continue : « La formation continue se réfère au processus de suivi de renforcement des compétences, des connaissances et de l'expérience que vous gagnerez à la fois formellement et informellement dans votre travail, au-delà de toute formation initiale »

(www.formation-continue.biz)

Introduction

Introduction :

Depuis plusieurs années, on assiste à une augmentation exponentielle du taux de consultations aux services des urgences pédiatriques qui représentent 30% des urgences hospitalières en France (1). Ce phénomène s'observe également sur le continent américain. Cette inflation, est généralement stable avec des périodes statistiquement prévisibles et d'évolution régressive, en rapport avec les épidémies saisonnières et les vacances scolaires, constituant le moteur capital du changement au sein du service, pour se réajuster en fonction des nouvelles demandes.

Mais actuellement, le constat général est que cette importante demande de soins chez les jeunes enfants augmente de façon continue ce qui pose des problèmes spécifiques à toutes les structures d'urgences hospitalières, même dans les pays les plus développés, en raison d'une utilisation anarchique de ces services et un recours jugé inapproprié comme il a été rapporté dans un certain nombre d'études, et il s'avère que les services d'urgences pédiatriques s'apparentent progressivement à de véritables structures de soins primaires dans l'esprit de la population.

Les urgences, quelle que soit leur nature, chirurgicale ou médicale, constituent une priorité marquée par une organisation spécifique qui a pour but de mettre les soins de qualité à la disposition des patients, et qui poursuit trois objectifs : proximité, sécurité et amélioration de la qualité des soins afin d'assurer une performance hospitalière.

L'infirmier de part sa compétence professionnelle contribue aux soins nécessaires, il doit être capable de prendre en charge les enfants en situation d'urgence.

Pour cela, l'idée de cette étude et le choix du thème : ***les soins infirmiers en contexte des urgences pédiatriques*** sont nés au cours de notre stage pratique au sein du service d'urgence pédiatrique.

Notre étude a été menée pour répondre à la problématique suivante :

Quelles sont les difficultés rencontrées par le personnel médical et paramédical (infirmiers en particulier) à fin de prodiguer des soins de qualité et adaptés aux différents soins des enfants malades au service des urgences pédiatriques de la clinique Targua Ouzemour de Bejaia ?

Et ce ci va nous permettre de :

- D'avoir une meilleure connaissance de la fréquence des urgences médicales ressenties et décrire le profil épidémiologique des jeunes patients, identifier les différents motifs reçus, d'apprécier leur devenir.
- Déterminer la part réelle des vraies urgences parmi l'ensemble des consultations.
- Identifier les dysfonctionnements, les problèmes et les insuffisances rencontrés dans le service.
- Pouvoir définir les besoins organisationnels pour une meilleure prise en charge et un rendement optimal.

A la fin on propose quelques mesures correctives afin de répondre de manière adéquate aux besoins organisationnels au service des urgences permettant d'améliorer la qualité de prise en charge et surtout de mettre en avant le rôle de l'infirmier.

Partie théorique

Chapitre 1 :
Les urgences
pédiatriques.

1 Définition de la notion d'urgence :

Le terme urgence provient du mot latin « URGERE » qui signifie « presser » ou « se presser » ou encore « pousser à agir ».

En médecine, l'urgence se définit par toute situation empirant rapidement, ou susceptible de le faire, sans ou avec intervention médicale. Elle est classée typiquement en quatre catégories :

- Urgence vitale: pathologie mettant en jeu le pronostic vital immédiatement
- Urgence vraie: pathologie aiguë grave menaçant le pronostic vital
- Urgence relative: pathologies subaiguës mettant pas en jeu le pronostic vital
- Urgence différée: pathologie pouvant être soignée avec délai (2).

Pour les citoyens, une urgence est une situation inopinée et soudaine faisant craindre pour la vie de la personne. Or, plusieurs situations impressionnantes ou ressenties comme graves par l'entourage peuvent être en fait bénignes. Si tout malade peut trouver son droit à consulter au service des urgences, plusieurs problèmes se posent et peuvent s'aggraver et entraver la bonne marche du service :

- De plus en plus de personnes utilisent les urgences de l'hôpital comme un cabinet médical ouvert 24h/24, 7j/7.
- La coexistence du grave et du bénin, de l'urgent et du stable, aboutissent à l'engorgement des services d'urgences.

Ces types de comportement nuisent à l'efficacité du système les « vraies » urgences risquent d'être prises en charge avec retard en raison de l'encombrement du service, et la fatigue des personnels générée par cette surcharge de travail est nuisible à la qualité des soins.

2 La perception de l'urgence pédiatrique :

Les urgences 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 (3).

La perception de l'urgence se situe à deux niveaux : d'abord au niveau des parents, ce qui motive la consultation, ensuite celui du corps médical.

L'appréciation du degré de l'urgence peut être différente à ces deux niveaux, permettant ainsi de classer les urgences pédiatriques :

Les « **urgences vraies** » ou « **urgences prioritaires** » il s'agit de malades admis dans un tableau de détresse vitale nécessitant une prise en charge rapide.

Les « **urgences ressenties** » ou « **urgences fausses** » ils'agit d'enfant dont le pronostic vital ou fonctionnel n'est pas menacé, que les parents décident d'amener aux urgences pour des raisons socio-économiques ou l'existence d'un plateau technique rassurant ou simplement parce qu'ils sont inquiets.

Les **consultations simples**, sans aucun caractère d'urgence (4)(5).

Dans tous les cas, l'étiquette d'urgences « prioritaires », « ressenties » ou « simple consultation » n'est portée qu'a posteriori : après l'examen de l'enfant (6).

Les particularités des urgences en pédiatrie tiennent à plusieurs faits propres à l'enfant :

- L'âge des patients,
- La fragilité de l'enfant, les limites entre les états morbides bénins et sévères sont moins nettes surtout dans la tranche d'âge de 0 -30 mois, où une affection d'allure banale peut rapidement se compliquer,
- Les pathologies rencontrées,
- Les nombreuses demandes qui imposent une organisation spécifique de la prise en charge des situations urgentes en pédiatrie.



Figure N°1 : les degrés d'urgence.

Une autre caractéristique, l'urgence en pédiatrie concerne un trio : le personnel médical, l'enfant et ses parents. Elle est toujours une situation traumatisante, stressante pour la famille, et la qualité de l'accueil, la gestion de la souffrance physique et morale et la capacité à partager les informations doivent être des soucis permanents (7).

3 Définition des structures d'urgences pédiatrique :

3.1 Généralité sur les services d'urgences :

Dans le domaine médical, les urgences correspondent au terme générique utilisé pour désigner le service hospitalier qui accueille à toutes heures de la journée, les patients amenés par les services de secours ou tout autre patient vivant une situation d'urgence.

Le caractère urgent d'une situation est graduable. L'urgence vitale engage le pronostic vital d'un individu tandis que l'urgence fonctionnelle met en jeu le pronostic fonctionnel du patient. Il existe également des urgences ressenties qui ne présentent pas de dangers immédiats, mais se réfèrent davantage à un contexte angoissant. L'urgence sociale s'apparente plutôt à un contexte social difficile.

L'urgence est une mission essentielle de l'hôpital public, dont l'une de ses caractéristiques est son aptitude à faire face à tous les besoins exprimés par la population quelle qu'en soit la nature. Ainsi que la rapidité de la prise en charge des patients que ce soit pour la participation à la démarche diagnostique, à la stratégie thérapeutique, pour la mise en œuvre des soins infirmiers ou l'orientation des patients vers des structures adéquates.

3.1.1 Définition des services d'urgences :

Le service des urgences représente un maillon important de la chaîne de prise en charge des patients. Il est bien souvent le service du premier recours pour beaucoup de souffrances physiques ou morales et donc considéré comme la principale porte d'entrée de l'hôpital et constitue un passage quasi-obligatoire pour les patients avant leur admission dans la plupart des services hospitaliers.

On peut le définir comme étant un lieu d'accueil des patients ayant une détresse vitale existante ou potentielle, afin de prendre en charge les défaillances des grandes fonctions vitales dans l'attente de transferts intra ou inter-hospitaliers.

3.1.2 Les spécificités des services d'urgences :

Le service des urgences a pour mission de prendre en charge 24H/24, 7J/7, en priorité, les besoins de soins immédiats, susceptible d'engager le pronostic vital et /ou fonctionnel. Ce service est le plus souvent formé d'équipes médicales et paramédicales pluridisciplinaires.

En effet un service d'urgence est caractérisé par une adaptation permanente:

- A un flux irrégulier de patients.
- A des problèmes médicaux (urgence vraie ou urgence ressentie) et médico-sociaux.
- A des exigences techniques de qualité et de précocité des soins sur certains détrois (intoxiqués, insuffisance cardiaque, syndrome psychiatrique...), qui ne représente qu'un faible pourcentage des admissions.
 - A la nécessité d'un plateau médico-technique adéquat, doté d'équipements de laboratoire et d'imagerie performants avec les personnes indispensables à son fonctionnement 24H/24.
 - A une alternance de problèmes d'urgence grave, détresse vitale nécessitant une précocité de prise en charge et moins grave.

Les services d'urgences aussi appelés porte d'entrée névralgique du système de santé, sont constamment confrontés au défi d'assurer l'accessibilité aux soins. L'organisation de ce service est flexible afin de répondre aux besoins de chaque patient.

3.1.3 Les soins d'urgence :

Désignent les soins accordés aux patients dont les besoins sont urgents et critiques, elles sont complexes en raison du caractère pluri professionnel des intervenants, L'hétérogénéité des demandes de soins, la variabilité du volume horaire des patients à prendre en charge, la difficulté croissante de disposer des lits d'hospitalisation pour ces patients, les moyens insuffisants sont autant d'éléments qui rendent cet exercice difficile. Parallèlement, les récentes réformes ont défini des exigences élevées pour ces services (8).

Le problème des soins urgents et des services d'urgence est indiscutablement une préoccupation très actuelle pour les professionnels de la santé et les pouvoirs publics.

Face à l'affluence grandissante du public dans les services hospitaliers, différentes solutions ont été envisagées mais à notre connaissance le problème des urgences pédiatriques, n'ont pas été spécifiquement évoqués. Pourtant, plus d'une urgence sur trois concerne un enfant ou un adolescent et le taux d'accroissement annuel de ces urgences pédiatriques est trois fois supérieur à celui des urgences adultes (9).

3.2 Les structures d'urgence pédiatrique :

L'admission aux urgences adultes dans la plupart des établissements de santé en France se fait à partir de 15 ans et 3 mois. En-dessous de cet âge-là, les enfants sont le plus souvent adressés aux urgences pédiatriques (10).

Pendant longtemps, les urgences pédiatriques ont été gérées par des médecins peu formés. Les urgences dépendaient administrativement d'autres services, pédiatrie générale, médecine interne, voire chirurgie générale.

Au fil des années, des unités fonctionnelles voire des services hospitalo-universitaires d'urgences pédiatriques, ont été identifiées, insérées dans le service général d'accueil des urgences (SAU) ou au sein d'un service de pédiatrie ou individualisées dans un pavillon Mère-Enfants ou dans l'hôpital enfants. Et constituent une interface obligatoire entre médecine ambulatoire et médecine hospitalière, entre la société et le système de santé (11).

La prise en charge des urgences a été complètement transformée pendant ces vingt dernières années sous la pression d'importants bouleversements sociologiques et épidémiologiques, aboutissant à une médecine d'urgence spécialisée de haut niveau et universitaire. La pédiatrie en tant que spécialité a accompagné ce mouvement (12).

4 Organisation générale d'un service d'urgence pédiatrique :

4.1 La Composition des services d'urgence :

L'architecture de ces services devrait permettre des conditions de travail optimales : bureau, secrétariat, salle des soins infirmiers, mais aussi salle d'attente. Les hôpitaux importants peuvent disposer de lits de très court séjour (24 à 36 heures) et tous les établissements devraient réfléchir à l'aménagement des surfaces de dégagement pour faire face à un afflux temporaire de patients.

Une première zone, « la zone d'accueil », permet aux patients de se présenter à l'agent administratif afin d'effectuer son admission.



Figure N°2 : Service d'accueil au niveau des urgences.

« Une salle d'attente » est nécessaire pour faire patienter les malades. Ils peuvent être assis ou couchés sur un brancard selon leur état. Un affichage permettant l'information des patients et de leur famille est souvent mis à disposition dans cette salle. Dans certains hôpitaux, il existe deux salles d'attente : l'une pour les orientations de médecine et l'autre pour les indications chirurgicales. C'est un lieu qui doit rester calme et le plus accueillant possible.



Figure N°3 : La salle d'attente des urgences pédiatriques.

« La salle d'accueil des urgences vitales (SAUV) » et le déchoquage permettent la prise en charge des défaillances uniques ou multiples des fonctions vitales. Son emplacement permet un accès facile des ambulances ainsi qu'au plateau technique (réanimation, bloc opératoire imagerie médicale...). Son emplacement doit être connu de tous. Le patient admis peut être transféré dans une unité de réanimation ou de surveillance continue.



Figure N°4 : La salle d'accueil des urgences vitales (SAUV).

Enfin, « une unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) » est intégrée dans le service des urgences. Elle vise à accueillir des patients nécessitant une continuité de surveillance, une investigation ou une mise en place de traitement.

4.2 Organisation du service des urgences pédiatriques :

Le système des urgences en milieu hospitalier est organisé de différentes façons selon les systèmes de santé des pays dans lequel le personnel soignant exerce son activité professionnelle avec cependant le même but « une prise en charge optimale de l'urgence ». Quelques exemples :

En France:

Les dernières réglementations qui concernent l'accueil d'urgence sont les décrets de 2006, modifiés en 2010. Ces décrets définissent un seul type d'accueil et de traitement des urgences au lieu de trois : (SAU, POSU, UPATOU), avec une distinction entre structures des urgences adultes et structures des urgences pédiatriques. Dans ces décrets on retrouve qu'une structure n'est autorisée à exercer l'activité de médecine d'urgence que si elle satisfait une ou plusieurs modalités :

- 1) La régulation des appels adressés au service d'aide médicale urgente (SAMU).
- 2) La prise en charge des patients par la structure mobile d'urgence et de réanimation (SMUR), pédiatriques ou non.
- 3) La prise en charge des patients accueillis dans la structure des urgences.

L'accueil des urgences pédiatrique peut être réalisé au sein d'une structure générale ou au sein d'une structure exclusivement pédiatrique, en collaboration avec le service de pédiatrie.

Ainsi, 13% des 644 structures d'urgence répertoriées en 2015 et 7% des SMUR ont une autorisation pédiatrique (13).

Les structures d'urgence pédiatriques sont désormais organisées sur l'ensemble du territoire national français au sein d'organisations variées selon les besoins et les structures hospitalières. Le mode ultime de cette organisation correspond aux services d'urgences pédiatriques au sein d'hôpitaux spécialisés en pédiatrie (12).

L'organisation des services d'urgence doit répondre à des critères bien précis établis par la Société française de médecine d'urgence (SFMU). De façon réglementaire, un service d'urgence est structuré en zones fonctionnelles : zone d'accueil, zones des soins, zone technique, zone de service, unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD).

En Algérie:

Le personnel du service d'urgence en Algérie affronte une multitude de contraintes d'ordres professionnels, matériels et organisationnels qui influent sur leur efficacité ainsi que la qualité des soins. Alors que ces services étaient initialement des unités destinées à la prise en charge des malades les plus atteints, ils sont devenus, pour une part très importante, des **services de consultation non programmés**. Le manque de moyens médicaux et humains pour apporter une bonne prise en charge des patients se représentant dans les services urgences qui ne cessent de s'accroître de temps en temps, le manque de collaboration entre différents acteurs et les différents services de santé. D'autre part, les personnes qui fréquentent ces lieux souffrent aussi de temps d'attente jugées parfois excessives mais également la qualité des soins prodigués aux patients et le manque d'organisation. Tous ces facteurs sont une source d'insatisfaction et de frustration pour les patients ainsi que leurs accompagnateurs (14).

Contrairement aux pays européens, en Algérie, l'accès aux urgences se fait anarchiquement sans contrôle préalable, les malades se dirigent d'eux même ou avec l'aide d'une tierce personne vers le SUMC pour se faire soigner, même si ça ne nécessite pas des soins d'urgence et cela est due soit au manque de salle de soins pour traiter les urgences bénignes soit au manque de contrôle, de tri et d'orientation pour l'accès aux soins.

La mauvaise gestion et le manque de moyens et de personnels soignants est sans doute la raison qui a amené l'urgence hospitalière en Algérie à un fonctionnement plus ou moins catastrophique. Le bon fonctionnement d'un service d'urgences est le reflet d'un bon fonctionnement de l'hôpital. Pour qu'un SU fonctionne bien, il faut non seulement que l'équipe qui le compose fonctionne bien.

4.3 Nouveaux modes d'organisation des services d'urgences pédiatriques :

Comme les structures d'urgences adultes, les structures d'urgences pédiatriques ont en commun un concept organisationnel adapté à une médecine de masse, obligeant les équipes médicales et de soins à assurer deux objectifs :

- ✓ La prise en charge fluide d'un nombre massif de demandes de consultations, pour la grande majorité non urgente et ne relevant pas de gestes médicaux immédiats.
- ✓ L'identification rapide et la prise en charge des situations cliniques relevant elles de la vraie urgence diagnostique et thérapeutique, parfois vitale.

Vu l'inflation permanente et l'exigence croissante, les services d'urgence ont dû se

structurer et s'organiser selon plusieurs principes, afin d'assurer de multiples missions qui sont désormais l'accueil, le tri, le soin et l'orientation des patients.

Le premier principe: Est le tri qui permet l'identification de la gravité clinique et la mise en priorité des patients médicaux et chirurgicaux dès leur arrivée. Cette première étape d'accueil est la plus critique. Elle doit assurer, une évaluation immédiate et précise, afin de dépister les situations relevant de l'urgence vitale.

C'est la fonction principale de l'infirmière organisatrice de l'accueil (IOA) dans la « zone d'accueil » : effectuer ainsi un tri primaire entre situation vitale urgente ou non urgente selon un ordre de priorité qui suit une classification clinique des malades selon leur degré de gravité et la nécessité de gestes d'intervention (15).

La zone d'accueil est constituée de deux parties :

- **Zone d'admission :** Son accès doit être aisé, facilement identifiable, accessible à tous. Elle doit permettre la confidentialité. C'est ici que se trouvent l'IOA et le secrétaire d'accueil (gestion administrative).

- **Box des premiers soins :** Dans le prolongement logique de la zone d'admission, ce box permet d'affiner l'évaluation rapide initiale et de réaliser un entretien individualisé. Il est équipé d'un tensiomètre, d'un thermomètre, d'un oxymètre de pouls, d'un mesureur du débit de pointe, d'une échelle visuelle analogique, d'un appareil lecteur de glycémie capillaire.

Par ailleurs, les structures des urgences constituent une composante essentielle du système de soins, car elles représentent les niveaux de contact les plus sensibles du patient avec le système de soins, dans n'importe quelle situation (urgences vraies, vitales, subjectives ou à caractère social). C'est à ce niveau que le malade ressent de façon intense le niveau de la qualité des prestations qu'il reçoit (accueil, rapidité et qualité d'intervention) (16).

Le second principe: Est celui de la prise en charge unidirectionnelle, c'est-à-dire de la marche en avant, sans possibilité de retour en arrière. Après l'accueil IOA, les patients avancent en effet dans la chaîne de soins selon leur degré d'urgence ou de gravité établi à leur arrivée.

Les urgences vitales sont immédiatement dirigées vers une zone spécifique dite de « zone de déchoquage », où l'essentiel des techniques de réanimation peuvent être débutées par les équipes médicale et de soins présents aux urgences (17).

Les autres patients, jugés moins urgents, seront dirigés vers la « zone d'attente » pour être

secondairement pris en charge avec un délai variable selon leur degré de gravité, la disponibilité de la même équipe médicale et des soins à une zone dite

« Zone d'examen ».

Selon ce principe, il est donc normal d'attendre aux urgences dans la mesure où la priorité des soins est clairement et sûrement établie.

Une fois accueillis et triés, les patients progresseront à leur rythme et après un examen par l'équipe médicale, vers diverses filières :

- Un retour immédiat à domicile avec éventuellement un relais par le secteur libéral ou hospitalier
- Une mise en observation sur place en « zone d'observation » pour permettre une prise de recul et une réflexion parfois aidée d'explorations complémentaires : (examens biologiques et radiologiques) avant une décision secondaire
- Une hospitalisation de quelques heures (moins de 24 heures) en « zone de surveillance de courte durée » aux urgences pour un traitement qui permettrait dans plus de la moitié des cas un retour à domicile.
- Une hospitalisation en service d'hospitalisation d'aval (réanimation, chirurgie, médecine spécialisée) (12).

5 Les missions des structures d'urgence pédiatriques :

- Soins,
- Organisation,
- Enseignement et de la recherche.

5.1 Mission de soins :

Le service d'urgence pédiatrique comme toutes structures d'urgence, doit fournir en tout temps à chaque personne qui s'y présente pour un problème de santé urgent, les soins et les services de qualité requis par sa condition. Les patients peuvent être accompagnés, transportés par les pompiers ou encore par les ambulanciers privés. Comme ils peuvent aussi être adressés par le Service d'Aide Médical d'Urgence (SAMU), par leur médecin traitant ou encore par un autre établissement.

Cette mission est axée principalement sur :

➤ L'accueil: Tous les établissements de santé doivent être dotés d'un bureau d'accueil et d'assistance des patients, de leurs parents ou accompagnateurs. Elle fait 24H/24, tous les jours de l'année.

➤ Le tri et l'orientation: Consistant à la gestion médicalisée des flux des malades et la facilitation de leur mouvement à un niveau des urgences en organisant les lieux réservés à l'attente et à l'orientation afin d'éviter l'encombrement des accès.

➤ La prise en charge des urgences vitales et des besoins médicaux immédiats. Aujourd'hui, le service des urgences doit également faire face aux carences de la médecine de ville, à la prise en charge des complications liées à des pathologies chroniques ou multiples, à des problématiques socio-sanitaires et doit répondre aux nouvelles habitudes de consommation de soins qui tendent à valoriser l'immédiateté (18).

Ceci constitue la mission cardinale de service des urgences car il doit assurer la continuité et la permanence des soins, dont l'accès à ce dernier se fait de façon équitable selon un ordre de priorité en fonction du degré d'urgence de prise en charge. Ainsi, l'accès est autorisé pour toutes les personnes sans discrimination quel que soit leur âge, leur sexe, leur nationalité, leur niveau social, leur origine, leur ethnie ou leur état de santé.

5.2 Mission d'organisation:

Pour répondre aux besoins et problèmes de santé des citoyens, composée de 02 volets :

Un volet interne consiste à:

➤ Mettre en place un schéma organisationnel qui a pour objectif la définition des tâches, protocoles et procédures.

➤ Faire une gestion optimisée des personnels : élaborer les listes de garde, plannings, tableaux du service.

➤ L'évaluation des dossiers et les indicateurs d'activité.

Un volet externe basé sur:

➤ Les relations transversales

➤ Les relations vers l'amont et l'aval.

5.3 Mission d'enseignement et de recherche :

➤ Les services d'urgences en hôpital d'enfant ont une importante mission d'enseignement et de recherche. Ces services sont devenus en quelques années des lieux

d'enseignement permanent pour les personnels de soins de l'hôpital. L'enseignement de la pédiatrie et de la médecine d'urgence est désormais prisé avec raison par les étudiants hospitaliers, qui appréhendent directement les situations cliniques qui sont à leur programme d'enseignement et qu'ils rencontreront plus tard lors d'un exercice libéral de la médecine générale et de la pédiatrie(19).

- Participer au développement des connaissances en matière de médecine d'urgence afin de faire progresser la qualité de la prise en charge des patients.
- Se collabore afin de former les professionnelles à la gestion de l'urgence.
- Enfin, la mise en place de actions de prévention et d'éducation à la santé.

6 Le fonctionnement des services d'urgence pédiatrique :

Les services d'urgences hospitalières ont vu leur nombre de patients augmenter de manière le plus souvent ininterrompue. Cet afflux simultané des patients aux services d'urgences (SU) est un phénomène commun à tous les pays qui sont dotés. Le problème des urgences pédiatriques est le même dans tous les pays où il y a peu ou pas de structures spécifiques pour l'accueil de l'enfant en état d'urgence.

La population pédiatrique a des particularités aussi bien physiologiques que pathologiques faisant que sa prise en charge soit différente de l'adulte.

Plusieurs raisons sont évoquées pour expliquer cette attractivité. Ces services sont appréciés du fait de leur image de professionnalisme et de technicité.

La population espère y trouver un personnel compétent, qui lui fera passer en cas de besoin des examens complémentaires, et qui éventuellement pourra l'hospitaliser. De plus, ces services sont disponibles de façon permanente, alors que les cabinets des médecins libéraux ont des horaires restreints. Le succès des services d'urgence tient aussi peut-être à des considérations économiques. Enfin, certains professionnels des Urgences soulignent la tendance actuelle des malades à chercher un avis médical pour des problèmes des antémeneurs, qu'on aurait soignés autrefois par automédication, ou qui auraient pu attendre jusqu'à l'ouverture du cabinet du médecin généraliste. Ils pensent aussi, que certains patients s'adressent aux Urgences pour des problèmes sociaux ou de mal être psychologique qui ne relèvent pas strictement des urgences.

Afin que ce flux massif de patients, puisse être traité sereinement par les équipes médicales et des soins, il est indispensable d'éviter tout blocage instantané d'une mécanique qui se

veut bien huilée.

Pour cela, les locaux doivent être adaptés en surface pour pouvoir prendre en charge simultanément un nombre important de patients et les effectifs des équipes doivent être nombreux et planifiés pour être renforcés selon les pics d'activités. Mais également, l'accueil et la prise en charge des patients doivent être optimisés grâce à la séniorisation des services.

Par ailleurs, la prise de décision doit parfois être assistée et l'offre d'hospitalisation en aval organisée afin d'éviter toute rétention de patients. En effet, la possibilité de recours à des avis de spécialistes chirurgicaux et médicaux est indispensable aux urgences pour une aide à la décision et une orientation éventuelle et rapide du patient vers un circuit spécifique tant hospitalier que libéral.

6.1 Le processus de prise en charge aux urgences pédiatriques :

En arrivant aux urgences pédiatriques, l'enfant se déplace dans la structure d'accueil des urgences selon des étapes fonctionnelles. De ces étapes clefs, découle un principe de fonctionnement commun à toutes les structures d'urgences.

Ces étapes peuvent se décrire ainsi :

- L'accueil administratif: Etape indispensable à la création du dossier patient, permettant de recueillir l'identité de l'enfant, l'adresse, le nom du médecin traitant, le numéro de sécurité sociale, ce qui garantit «le bon soin au bon patient», de faire apparaître la nouvelle consultation aux urgences pédiatriques sur le dossier médical. Et aussi l'identification des détenteurs de l'autorité parentale qui seuls peuvent autoriser les soins aux mineurs.

- Ensuite Accueil Soignant, l'enfant sera pris en charge par un(e) infirmier(e) d'orientation et d'accueil (IOA).

Seront renseignés le motif de consultation et les paramètres vitaux (pouls, tension artérielle, saturation en oxygène, fréquence respiratoire (17)). Au décours de cet examen paramédical, un score de gravité sera établi, permettant à l'IOA de prioriser et de l'orienter. «Donc l'ordre de passage ne correspond donc pas à l'ordre d'arrivée dans le service ».

- En fonction du degré d'urgence et de la gravité du motif de recours, il est installé directement en salle d'accueil des urgences vitales, en salle de consultation ou en salle d'attente, il peut aussi être réorienté sur d'autres effecteurs mieux adaptés,

- L'attente se fait avec une priorité de passage en fonction du degré d'urgence, au

niveau des salles d'attente équipées de moyens de distraction pour faire patienter les plus petits.

- Examen médical et soins: Les enfants sont installés selon le degré d'urgence mais aussi la disponibilité des salles d'examen, et des professionnels.

La consultation peut nécessiter des examens complémentaires ou des soins particuliers.

- Décision finale et orientation:

✓ Une hospitalisation dans l'un des secteurs adaptés à sa pathologie : (Pédiatrie spécialisée, Pédiatrie générale, Chirurgie pédiatrique, Réanimation pédiatrique, Néonatalogie, Pédo psychiatrie). La prise en charge est conjointe, infirmière et médicale,

✓ La sortie du patient et retour à domicile,

- Le diagramme ci-dessous regroupe les différents processus au centre, avec à droite les informations générées et à gauche la localisation du patient.

Le processus de prise en charge du patient à l'entrée de la structure d'urgence est illustré par le diagramme récapitulatif du « circuit patient » présenté par la figure 1 (16).

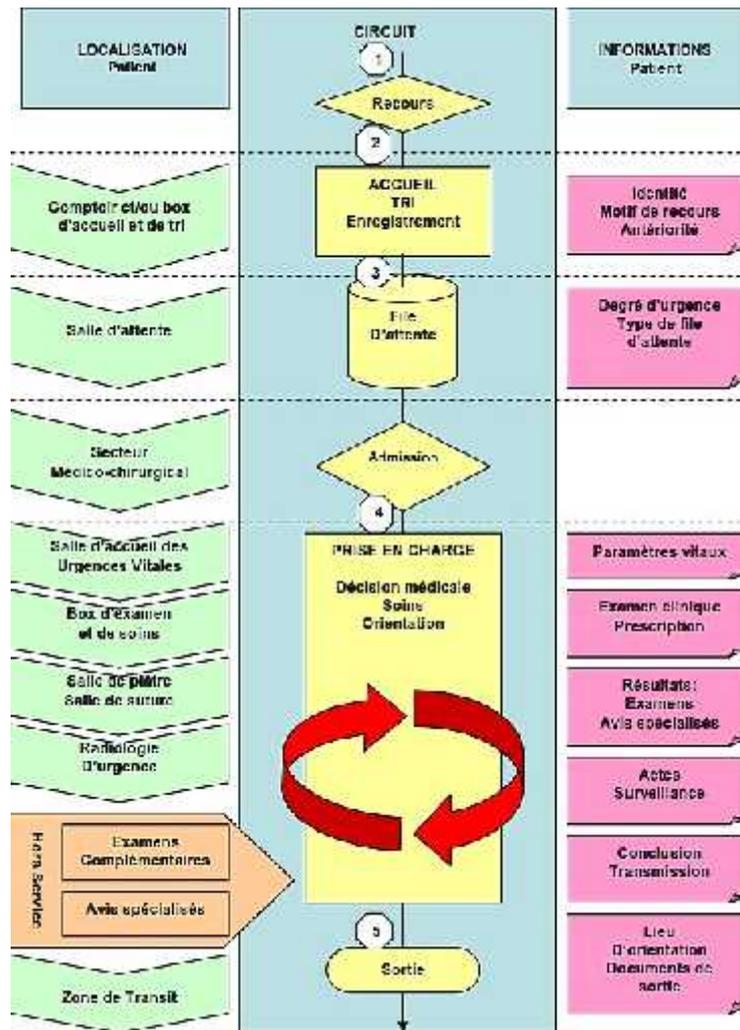


Figure N°5: Diagramme générique du circuit patient.

6.2 Les modes de gestion du service d'urgence pédiatrique :

Les services d'urgence jouent le rôle de centre de consultations pour de plus en plus d'enfants et le pédiatre hospitalier devient alors leur médecin traitant. En effet, la structure d'urgences est fonctionnelle et opérationnelle 24h sur 24, 365 jours par an. L'offre de soins dans ce type de structure, est immédiat sans prise de rendez-vous et égale pour tous les types de patients quelque soit leur état et leur niveau social, les pathologies, les motifs de recours et le degré de gravité, les SU se doit d'être efficientes et soignent tous les patients qui se présentent et dans une situation non maîtrisée. La nature de cette offre a engendré la hausse des recours inadéquats aux structures d'accueil des urgences. Il n'est cependant plus possible de laisser se poursuivre l'accroissement annuel des flux dans les services d'urgence dans une incohérence qui ne pourra qu'accroître la mauvaise qualité des soins, et déborder la capacité d'accueil des sites.

Il est important de mettre l'accent sur la régulation des flux des patients, la gestion des délais d'attente, et du stress dans le service des urgences.

6.2.1 La régulation des flux de patients aux urgences :

Les Services des Urgences sont confrontés à des flux de patients entrants qui ne cessent d'augmenter.

Le nombre de patients présents est directement lié au nombre d'entrées horaires et au temps de passage. Ce dernier est dépendant de la qualité de l'organisation interne du service et des prestataires directs (radiologie, biologie, ...), et surtout de la gestion des flux d'aval pour les patients nécessitant une hospitalisation au décours de leur passage.

La surcharge des urgences est source de gaspillage des ressources humaines du SU, ainsi pour prodiguer des soins de qualité, il faut désencombrer le SU en agissant sur le temps de passage qui doit rester un élément prioritaire.

6.2.1.1 Organisation interne des services d'urgence :

- Reconnaître la pénibilité et la spécificité du travail: le personnel soignant exerçant au sein des services d'urgence actuellement n'y est pas formé spécifiquement. En outre que la charge de travail est importante et épuisante en cas de flux continu de patient, il est impossible de garantir l'efficacité et le rendement maximal du médecin, lorsque celui-ci travaille plus de 12h d'affiler. Une étude par auto-questionnaire menée dans les

services d'urgence pédiatrique aux USA, évaluant surtout les conséquences des facteurs de stress dont le principal est le burn-out (syndrome d'épuisement professionnel) (20).

- Améliorer la formation des équipes médico-soignantes : les médecins responsables de ce service doivent avoir acquis une formation à la prise en charge des urgences soit par une qualification universitaire, soit par une expérience professionnelle d'au moins un an dans un service recevant les urgences. Des étudiants en médecine, des internes ou des résidents peuvent accomplir un stage ou une partie de leur formation dans ce service. L'équipe paramédicale des services d'urgence doit en effet acquérir une compétence spécifique pour certaines activités propres aux urgences telles que la zone de tri, la zone de déchoquage et l'apprentissage de la gestion simultanée de nombreux patients.

- Améliorer et développer l'informatisation des services d'urgence : développement des dossiers informatisés médicaux afin d'améliorer la qualité des informations médicales, et gagner du temps.

6.2.2 Gestion du délai d'attente :

Le délai d'attente est le temps entre l'arrivée aux urgences d'un patient et le début de la consultation médicale ou d'une intervention médico-chirurgicale pouvant être une consultation ou tout autre geste salvateur (21).

Sa mesure a souvent été incluse dans l'étude de la satisfaction du patient, et l'un des importants critères d'évaluation qualitative du fonctionnement du SU (22).

Le délai de prise en charge médicale : C'est le délai s'écoulant entre la prise en charge du patient par le médecin et sa sortie du service. Il comprend trois importants délais :

- 1) Durée d'obtention d'un avis spécialisé : Délai s'écoulant depuis l'appel d'un médecin pour avis spécialisé et son arrivée au SU.

- 2) Durée d'obtention des résultats des examens biologiques : Délai entre la demande de l'examen et l'obtention du résultat.

- 3) Durée d'obtention des examens radiologiques : Délai entre la demande de l'examen et le retour du patient en salle d'examen.

Les parents qui se présentent au service d'urgences pédiatriques veulent que leur enfant soit pris en charge immédiatement. Ceci pourrait être en rapport avec la souffrance et à l'inquiétude qu'ils peuvent ressentir envers leurs enfants. Mais le SU accepte un flux important de

malades de gravités différentes ce qui rend sa mission de donner la priorité à des patients consultants en même temps difficile.

C'est ici qu'apparaît l'un des importants rôles du personnel médical et paramédical :

- Gérer le flux des patients.
- Calmer les patients.
- Agir efficacement et rapidement dans le but d'aider, en premier les cas les plus graves.

6.2.3 La gestion du stress :

Le stress peut avoir des effets positifs sur les soins, comme stimuler et dynamiser les soignants. Ainsi leurs soins deviennent plus précis et efficaces, ce qui aux yeux des usagers est très important et rassurant.

Mais souvent l'anxiété des familles des patients est en grande partie responsable du stress des soignants, ce qui entrave la qualité des soins.

En conséquence, il convient donc aux soignants de trouver des solutions visant à diminuer l'anxiété des familles des patients en améliorant leur accueil (sourire, aménagements de la salle d'attente, revues...).

6.3 Les contraintes liées au service des urgences pédiatriques :

Les structures d'urgence souffrent de plusieurs faiblesses, dont les plus ressenties sont liées à des contraintes structurelles, humaines (effectif et compétence), matérielles (équipements médico-techniques et techniques), médicamenteuses (disponibilité), financières et organisationnelles.

Cette structure qui est considérée comme une véritable porte d'entrée de l'hôpital, constitue un puissant révélateur des insuffisances dans la prise en charge des patients, à l'extérieur comme à l'intérieur de l'hôpital, en amont et en aval de cette structure-clé car les urgences jouent un rôle complémentaire de la médecine de ville et des éventuelles carences.

Ceci pose le problème de la gestion de l'hospitalisation d'aval par les Structures d'urgences et la saturation de leurs Unité d'Hospitalisation de Courtes Durées (UHCD) qui a entraîné l'engorgement de ces structures et l'insatisfaction des usagers.

6.3.1 Surcharge et engorgement des urgences :

Les services des urgences hospitaliers souffrent d'une fréquentation importante, Outre les vrais

cas médicaux urgents, ces services accueillent toutes sortes de patients qui ne présentent pas forcément des signes élevés de gravité. Des cas loind'être urgents qui, selon le ministère de la Santé, doivent être pris en charge par les services de santé de proximité.

Le but étant de désengorger les services des urgences hospitalières pour leur permettre de prendre en charge uniquement les véritables cas d'urgence.

Les causes

La surcharge des SU apparaît d'origine multifactorielle, les causes sont multiples et souvent intriquées. La « physiopathologie de la surcharge », s'articule selon 3 grandes « étiologies » : une augmentation du nombre d'entrées, l'insuffisance des ressources nécessaires au fonctionnement du service des urgences et le nombre de sorties trop faible (23).

Une augmentation du nombre d'entrées : La littérature décrit plusieurs causes aboutissant à un nombre d'entrées trop important. Nous citerons quelques exemples :

Consultations non urgentes (Les patients « non graves ») : La notion de « patients non graves », « patients relevant de la médecine générale », ou encore « usage abusif des structures d'urgences » est très présente dans la littérature. La définition de cette notion apparaît vague et aucun consensus n'émergeance qui concerne ses limites. Il est habituel d'affirmer que les consultations pour des motifs futiles sont souvent décriées comme principale cause de surcharge des urgences est à prendre avec précaution et bien que l'évolution sociétale tende à valoriser l'immédiateté, la difficulté d'appréciation du caractère d'urgences réelles ou ressenties ainsi que les évolutions défavorables de la démographie médicale imposent aux structures d'urgences de répondre à ces consultations « non urgentes » (24). Les raisons avancées par la population pour venir consulter en SU sont la nécessité d'obtenir une réponse rapide au motif de :

- consultation mais aussi la difficulté d'obtenir cette réponse ailleurs qu'en SU.
- Les habitués de service des urgences : Tout SU peut compter parmi ses usagers des habitués qui consultent plusieurs fois par semaine voir même par jour, toutefois comme les consultations non urgentes, ces patients sont accusés de participer à la surcharge des SU.
- Pics d'activité et variations saisonnières: Conséquences d'épidémies virales et de fréquentations touristiques, ces variations sont souvent prévisibles.
- Délai d'attente pour les résultats d'examens complémentaires : Les examens complémentaires, processus indispensable de beaucoup de prises en charge en SU,

contribuent grandement à augmenter la durée de séjour en SU.

➤ L'insuffisance des ressources: Tout patient se présentant devra être pris en charge. Ainsi, pour chaque entrée, sera sollicité le personnel de tri, le médecin, le personnel infirmier, les aides-soignants. A l'issue de la prise en charge initiale, pourront être prescrits des examens complémentaires (biologiques ou radiologiques) ainsi que le recours à des avis spécialisés. Outre le fait que le personnel hospitalier nécessite de nouveaux effectifs pour faire face au flux, et donc une augmentation des délais de prise en charge inhérents au service des urgences, les délais d'attente pour l'obtention des résultats complémentaires ou des avis spécialisés (par exemple) sont aussi à l'origine d'un engorgement des urgences car augmentent la durée de séjour du patient.

➤ Le nombre de sorties trop faible : Le manque de solutions d'aval pour les patients justifiant d'une hospitalisation apparaît également comme une cause majeure d'engorgement des urgences(20).

Les conséquences

L'engorgement des structures d'urgences compromet leur mission et la qualité des soins et provoque des dysfonctionnements. Ces derniers rendent la tâche du personnel médical du SU et paramédical pénible et leur affectation aux différents secteurs de la structure devient difficile. En effet, l'afflux massif aux urgences a fait apparaître le problème de temps d'attente ainsi que le problème de dimensionnement des locaux et d'affectation du personnel.

Pour les patients

De nombreuses études francophones ou anglo-saxonnes se sont intéressées aux conséquences sur les patients de la surcharge des services d'urgences. En effet, outre l'impact négatif sur l'indice de satisfaction des patients, la qualité de la prise en charge apparaît clairement impactée.

A titre d'exemple, Kulstad et al rapportent une augmentation des erreurs de prescriptions (posologie, non-respect des contre-indications...) lors des périodes de surcharge (25).

Également, selon Pines et al (26). Les délais d'administration des thérapeutiques sont significativement augmentés, qu'il s'agisse d'une analgésie ou d'une thérapeutique d'urgence vitale. Ces constatations sont également observées en pédiatrie (par exemple sur la prise en charge de l'asthme aigu grave ou des traitements spécifiques des fractures) (27).

A cette altération des soins, plusieurs études déplorent l'augmentation des fugues,

patients «partis sans soin» ou des sorties contre avis médical de patients qui pourtant justifient d'une prise en charge médicale (28).

Allongement du temps d'attente : Le délai d'attente aux urgences est reconnu comme un objectif pertinent et constitue un indicateur de qualité pour ces structures. Son allongement relève avant tout du ressenti des patients, particulièrement des plus fragiles. Ainsi, l'engorgement des urgences induit des temps d'attente parfois excessif et engendre l'insatisfaction des usagers (16). Des recherches ont permis d'établir le lien entre temps de passage et la qualité de la prise en charge. Selon Colombier (2007), le temps de passage constitue un indicateur composite qui permet de rendre compte de la capacité d'un service à s'adapter à ce qui se produit en amont comme en aval, et à ses contraintes propres.

Pour les soignants :

Cette surcharge dans les structures entraîne un débordement du personnel médical et paramédical, créant un environnement défavorable à la pratique, en conséquence de tout cela, les personnels exercent leur profession dans un contexte pleine de complexité et rencontrent aujourd'hui des difficultés croissantes pour répondre aux demandes de soins inopinées, non programmées dans des conditions satisfaisantes.

6.3.2 Inadéquation entre l'offre et la demande :

L'engorgement des SU a créé des insatisfactions tant pour les personnels du fait des difficultés à gérer les flux des patients que pour les usagers, du fait des temps d'attente jugés parfois excessifs. Cette inadéquation est liée à l'augmentation de la demande de soins non programmés quia de multiples origines dont : le besoin d'immédiate réponse des demandes de prise en charge, l'absence d'éducation sanitaire nécessaire pour gérer la plupart des situations bénignes qui ne relèvent pas réellement d'une consultation médicale, une majoration des angoisses de la population largement favorisée par à une médiatisation des questions de santé.

Les structures d'urgences ne sont pas capables, face à ce flux ininterrompu et avec les moyens dont elles disposent, de répondre à la demande de la population. Ceci compromet leur mission qui consiste à garantir la qualité, l'efficacité et l'efficience de la prise en charge.

7 Letriage au niveau des services d'urgence pédiatrique :

Devant l'augmentation constante de la fréquentation des urgences pédiatriques ainsi que la variabilité de la sévérité des cas qui s'y présentent, il est devenu indispensable d'utiliser un

processus de triage efficace afin de déterminer la priorité de soins en fonction de la gravité de l'état de santé de l'enfant. En effet, le triage des patients consultants aux urgences est nécessaire lorsque le flux de patients dépasse les capacités de prise en charge immédiate. Celui-ci a pour fonction première « d'optimiser les délais et les circuits de prise en charge. Il permet de mettre en œuvre les démarches diagnostiques et thérapeutiques conformes à l'état de santé. Il permet une orientation initiale cohérente au sein, voire en dehors, de la SU et de gagner ainsi en efficacité » (29).

Au niveau international, plusieurs pays ont élaboré des grilles de triage. Dont certaines ont été étudiées et leur reproductibilité et validité ont été évaluées.

Les principes de triage peuvent s'appliquer en médecine préhospitalière comme en structure des urgences (SU), pour les patients adultes comme pour les enfants. Permettant de s'adapter au flux et au type de patients différents d'un pays à un autre.

Les principales échelles publiées sont les suivantes :

- **Australien Triage Scale (ATS)** utilisée en Australie et en Nouvelle-Zélande depuis 1993
- **Emergency Severity Index (ESI)** utilisée aux États-Unis depuis 2000
- **Canadian Triage Acuity Scale (CTAS)** utilisée au Canada depuis 1999
- **Manchester Triage System (MTS)** utilisé au Royaume-Uni.

Seules trois de ces grilles ont été adaptées à l'enfant : l'ESI, la CTAS et le MTS. En France, dans les structures d'urgence adulte, seul un outil de triage, dénommé la « classification infirmière des malades aux urgences » (CIMU) a démontré sa validité et sa fiabilité. Mais celui-ci n'est pas extrapolable à la population pédiatrique. Il existe par ailleurs un référentiel de l'infirmier organisateur de l'accueil mais il n'est pas spécifique à la pédiatrie et ne définit pas un consensus sur les méthodes de triage devant être utilisées.

Nous pouvons donc supposer que les pratiques de triage en pédiatrie sont variées d'un service à l'autre.

7.1 Définition :

Selon Larousse, « trier » signifie classer, répartir les différents éléments d'un ensemble en groupes selon quelques critères.

Le système de tri dans un service d'urgence représente un processus qui consiste à identifier, à évaluer et à classer les motifs du recours des patients qui se présentent selon des critères préétablis. Cette évaluation s'effectue à partir d'un bref recueil d'informations sur la

raison de la consultation, sur les signes et les symptômes du patient, selon son état général et d'après l'observation de certains paramètres. Il s'agit de porter un jugement clinique sur le degré de gravité potentielle du problème de santé et donc sur l'urgence d'une intervention médicale (10).

7.2 Les difficultés et particularités du tri pédiatrique :

Les patients pédiatriques présentent de nombreuses particularités qui rendent l'évaluation plus complexe.

Un adulte peut exprimer facilement ces plaintes somatiques de manière précise. Dans le cas d'un enfant (et notamment un nourrisson), ce sont les parents qui rapportent les symptômes. De plus, ceux-ci sont le plus souvent très généraux (fièvre, pleurs) et ne peuvent pas à eux seuls permettre d'évaluer le niveau de gravité.

Lorsqu'un enfant, notamment les nourrissons, présentent un problème de santé grave, les signes cliniques sont initialement subtils et souvent peu spécifiques, mais leur détection précoce est d'une importance primordiale car la détérioration peut être rapide.

Les constantes chez l'enfant varient en fonction de l'âge (tension artérielle, fréquence cardiaque, fréquence respiratoire). Cela rend plus difficile la définition de « constantes normales » et il existe un manque de consensus dans la littérature concernant les paramètres vitaux normaux en pédiatrie (30).

Une erreur dans l'évaluation initiale et une mauvaise orientation peuvent entraîner les problèmes suivants :

1) Un sous-triage initial:

C'est la hantise des soignants. La crainte de sous évaluer la gravité d'un malade et de ne pas lui attribuer le bon niveau de priorité ce qui entraînerait des conséquences pour ce dernier : un délai trop important de prise en charge pour les patients qui nécessitent une intervention médicale rapide, et donc il existe un risque vital d'aggraver le pronostic du patient.

2) Un sur-triage initial:

L'IOA sur-trie les patients par crainte de passer à côté de quelque chose de grave, c'est l'ensemble du tri qui perd sa valeur.

Si tous les patients sont sur évalués, ceci entraînera une surcharge des box d'examen voire de la salle d'accueil des urgences vitales (SAUV) sans que la condition médicale de l'enfant

ne le justifie. Cela est responsable d'une augmentation des temps d'attente pour les autres patients, y compris pour les plus sévères.

Une évaluation rapide et la plus exacte possible de l'état de gravité initial est donc primordiale(31). Car «lesoustrriageestunrisqueindividuelpourunpatientdonné,lesurtriage est un risque collectif pour l'ensemble des patients ».

7.3 Ledéroulementdetriage :

7.3.1 L'évaluationrapide :

Qui sera effectuée au niveau de la zone d'accueil par l'IOA, permettant d'identifier rapidement lescaslesplusévèresnécessitant unepriseencharge immédiate,voiredesgestes de réanimation. Plusieurs outils peuvent être utilisés :

7.3.1.1 *LePAT(PediatricAssessmentTriangle) :*

LePATestunexcellentmodèled'uneméthoded'évaluationrapided'unenfant,pouvant être effectuée en quelques secondes seulement, dès l'arrivée du patient. Il est utilisé dans de nombreux services d'urgences du monde et notamment au Canada via la Canadian Triage and Acuity Scale et aux Etats-Unis (30).

Il permet une évaluation initiale rapide en 3 points, en utilisant des indices uniquement visuels et auditifs, sans nécessité d'examen physique ou d'utilisation d'instruments (32):

- Apparence:tonus,interactivité,conso labilité,soutienduregard, élocution/pleurs.
- Travailrespiratoire:bruitsrespiratoiresanormaux, positionanormale,tirage, battement des ailes du nez.
- Circulation:pâleur,marbrures,cyanose.

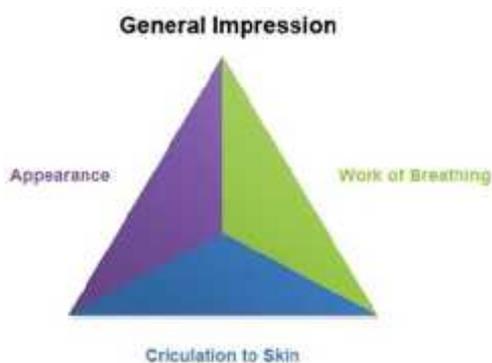


Figure N°6: *pedatric assessment triangle.*

7.3.1.2 L' évaluation physique ordonnée ABCDE :

Encas des signes de gravité repérés lors de la première évaluation rapide, cette évaluation plus poussée qui nécessite un examen clinique est réalisée par un médecin en collaboration avec l'infirmière, hors de la zone d'accueil. Elle fournit une séquence ordonnée d'interventions de sauvetage à réaliser, permettant de traiter une à une chaque menace vitale identifiée au cours de l'évaluation. Elle évalue dans l'ordre (7):

- 1) Airway: Recherche et correction d'une éventuelle obstruction des voies aériennes.
- 2) Breathing: Évaluation respiratoire (fréquence respiratoire, auscultation, saturation en oxygène).
- 3) Circulation : Évaluation hémodynamique (fréquence cardiaque, tension artérielle, qualité des pouls, température cutanée et temps de recoloration cutanée).
- 4) Disability: Évaluation neurologique (état de conscience, réactivité pupillaire, motricité).
- 5) Exposure: Déshabillage et inspection minutieuse du corps entier.

7.3.2 L' interrogatoire de l' accompagnant :

Constitue une phase indispensable pour la démarche diagnostique, elle permet de prendre connaissance des antécédents de l'enfant, de reconstituer une anamnèse, d'obtenir une description des différents symptômes présentés par l'enfant.

7.3.3 La mesure des constantes :

La mesure des constantes suivantes doit idéalement être effectuée à l'accueil chez tous les enfants : fréquence cardiaque et respiratoire, saturation en oxygène, tension artérielle, température, évaluation de la douleur.

Il est primordial que la taille de chaque équipement soit bien adaptée à l'enfant évalué (notamment brassard de tensiomètre, capteur de l'oxymètre de pouls). Pour que la valeur des constantes soit interprétable, l'enfant doit être calme.

7.4 L' Echelle de tri :

Est l'outil principal qui permet de faire la synthèse de tous les paramètres précédemment décrits et d'en déduire un niveau de gravité qui définira le degré d'urgence de prise en charge de chaque patient.

7.4.1 Les avantages d'une échelle de tri :

Ñ C'est un outil objectif d'aide à l'évaluation du degré de la sévérité d'un état clinique.

Ñ Permet de mieux réguler le flux des patients et d'augmenter leur sécurité.

Ñ Utile aux jeunes infirmiers qui ont demandé des repères précis.

Ñ Permet aussi de mieux connaître la population consultante aux urgences.

Ñ La diminution de l'anxiété et l'amélioration de la satisfaction des patients et de leur famille par une information facile à comprendre et pertinente.

Ñ La réduction des risques d'agression contre le personnel ou les autres personnes dans la salle d'attente.

Ñ L'amélioration du fonctionnement du service d'urgence.

Il ne faut cependant pas se fier totalement à l'échelle de tri. Il s'agit d'un support et d'une aide à la décision mais elle ne doit pas lever toute interrogation. Si, en se basant seulement sur les critères de l'échelle, un enfant doit être classé non sévère, mais que l'IOA ou l'infirmier du tri estime que son état est plus grave, le niveau de gravité doit être rehaussé.

Encas de doute sur le niveau de gravité d'un enfant, un médecin doit être sollicité afin de donner son avis.

Une échelle de tri est caractérisée par sa validité et sa fiabilité, d'où la nécessité d'une réévaluation régulière de son utilisation afin de ne pas menacer ces caractéristiques et révéler de manière objective les qualités et les défauts de l'échelle et du triage.

- La fiabilité: Est représentée par la constance dans l'évaluation de la gravité parmi les utilisateurs de l'échelle, Deux infirmières différentes vont-elles placer le même patient dans le même niveau de gravité (fiabilité inter-utilisateur). La même infirmière va-t-elle placer un patient dans le même niveau de gravité quel que soit le moment de l'évaluation (fiabilité intra-utilisateur).

- La validité: Est définie par sa capacité à mesurer le degré d'urgence des patients de manière précise. Pour être utile, elle doit être capable d'identifier les patients nécessitant une prise en charge immédiate et les patients moins urgents, pour permettre d'optimiser l'utilisation de ressources limitées.

7.4.2 Echelles développées pour les structures des urgences pédiatriques :

L'objectif de cette partie se limite à présenter chaque échelle et à en résumer le fonctionnement :

Courtois et al. ont réalisé en 2009 un état des lieux des pratiques de triage pédiatriques en France (33). Cette étude, faite par questionnaire auprès des 112 SU pédiatriques françaises (taux de réponses de 83 %), montre que 61 (66 %) réalisaient un triage. Les auteurs retrouvent une grande hétérogénéité dans les méthodes de triage : seules neuf SU sur 61 utilisaient une échelle publiée (cinq utilisent l'ÉTG, quatre utilisent la CIMU), 23 (38 %) une échelle locale et 29 (48 %) réalisaient un triage intuitif. Cet état des lieux souligne la nécessité d'améliorer le triage en SU pédiatrique. En effet, les recommandations de la SFMU (29) proposent l'utilisation d'une échelle de triage prenant en compte les spécificités de l'enfant. Pour le triage pédiatrique, trois échelles ont été évaluées et validées à la fois chez l'adulte et l'enfant : l'ÉTG (34), l'ESI (25) et la MTS (26). L'ATS propose également un triage pédiatrique, mais nous n'avons pas retrouvé d'étude évaluant son exactitude (2).

7.4.2.1 Échelle canadienne de triage et de gravité :

(la version francophone)

ÉTG applicable aux enfants a été publiée en 2001, puis révisée tous les 04 ans par un groupe de travail national pour but d'évaluation et d'amélioration. Certaines caractéristiques de l'échelle adultes sont applicables à l'échelle pédiatrique (les cinq niveaux, la définition d'un délai entre l'arrivée du patient et son évaluation médicale).

Par rapport à celle de l'adulte, l'échelle pédiatrique comporte davantage de motifs de consultation et de paramètres physiologiques propres aux enfants.

7.4.2.1.1 La démarche de tri :

L'évaluation initiale de l'enfant est réalisée en utilisant le Paediatric Assessment Triangle (apparence générale, travail respiratoire, état circulatoire).

La présence de troubles de conscience, signes de lutte respiratoire ou signes d'hypoperfusion périphérique permet d'identifier rapidement les enfants requérant des soins immédiats (Niv I et II de la CTAS).

La révision de 2008 (35) présente un processus unifié de triage des adultes et des enfants reposant sur les raisons de consultation. Elle comporte des modificateurs physiologiques ainsi que des modificateurs fondés sur les antécédents du patient. Le tri s'effectue ensuite selon la présence ou non de modificateurs de premier ordre ou de second ordre (données physiologiques objectives).

- Les modificateurs de premier ordre : La conscience, la fréquence respiratoire et signes de

lutte, la fréquence cardiaque et l'état circulatoire. L'évaluation de ces paramètres est liée à l'âge. Les variations par rapport à la normale définissent un niveau de gravité I, II ou III.

- Les modificateurs de second ordre: La température (fièvre), l'intensité de la douleur, le mécanisme des lésions et la glycémie, les troubles de coagulation.

La révision de 2012 (36) précise certains paramètres vitaux en pédiatrie, la redéfinition de l'hyperthermie à 38,5°C pour l'enfant et la création de nouveaux motifs de consultation (naissance durant le transport, ingestion de piles électriques de type bouton).

7.4.2.1.2 Les niveaux de tri :

Cette échelle de triage présente 5 niveaux de gravité de priorité décroissante, auxquels correspondent une description clinique, un délai de prise en charge souhaitable et un taux d'hospitalisation attendu, décrits ci-dessous (27) :

- Niveau I : Réanimation. Conditions qui menacent la vie ou la survie d'un membre, commandant une intervention agressive et immédiate. Délai de prise en charge immédiat. Taux d'admission attendu : 70-90%.

- Niveau II : Très urgent. Conditions représentant une menace potentielle pour la vie, l'intégrité d'un membre ou sa fonction, demandant une intervention médicale rapide. Délai de prise en charge 15 min. Taux d'admission attendu : 40-70%.

- Niveau III : Urgent. Conditions pouvant s'aggraver jusqu'à représenter un problème commandant une intervention urgente spécifique, Délai de prise en charge 30 min. Taux d'admission attendu : 20-40%.

- Niveau IV : Moins urgent. Conditions qui, en relation avec l'âge du patient, le degré de détresse ou le potentiel de détérioration ou de complications, peuvent nécessiter une intervention ou des conseils dans un délai d'une à deux heures. Délai de 60 min. Taux d'admission attendu : 10-20%.

- Niveau V : Non urgent. Conditions pouvant être aiguës mais non urgentes, ou pouvant relever d'un problème chronique mais sans détérioration. L'investigation et les interventions peuvent être

- retardées ou référées à d'autres secteurs de l'hôpital ou du réseau du soin. Délai de 120 min. Taux d'admission attendu : 0-10%.

LevelII	Resuscitation	Seepatientimmediate ly
LevelIII	Emergency	Within15minutes
LevelIII	Urgency	Within30minutes
LevelIV	LessUrgency	Within60minutes
LevelIV	NonUrgency	Within120minutes

Tableau N°1: Lesniveauxdela CTAS.

7.4.2.2 *EmergencySeverityIndex :*

L'ESI est une échelle de triage numérique à cinq niveaux de sévérité décroissante. Elle a été créée en 1998, aux États-Unis, puis révisée en 1999, 2003 et 2005 (version 4). Elle est depuis largement utilisée aux États-Unis. C'est L'ESI version 2(28) qui permet le triage des enfants de tout âge. Certaines caractéristiques de l'échelle adulte sont applicables à l'échelle pédiatrique (cinq niveaux, rechercher des signes d'instabilités puis prédiction du nombre d'exams complémentaires). Par rapport à l'échelle adulte, l'ESI préconise une évaluation de l'enfant par étapes successives : apparence générale, évaluation des fonctions respiratoires et circulatoires, mécanisme des lésions, histoire de la maladie, température et enfin douleur. Les auteurs précisent également que l'évaluation des éruptions cutanées doit être un signal d'alerte, car d'interprétation difficile et souvent source de mauvais triage.

L'ESI version 4 quidatée de 2005 précise, en fonction de l'âge, les limites des paramètres physiologiques qui, lorsqu'ils sont dépassés, doivent faire passer d'un niveau 3 à un niveau 2. Et pour la saturation en oxygène 92% quel que soit l'âge.

Age	Fréquence cardiaque Batt/min	Fréquence respiratoire cycle/min
3 mois	>180/min	>50/min
3 mois-3 ans	>160/min,	>40/min,
3 ans-8 ans	>140/min	>30/min
8 ans	>100/min	>20/min

Tableau N°2 : Les valeurs physiologiques de la FR et la FC selon l'âge

7.4.2.2.1 **Ladémarche du tri :**

Le fonctionnement de l'ESI est basé sur la prédiction de la consommation de ressources pour le patient (le nombre d'exams qui seront probablement réalisés pour la prise en charge). À la

différence des autres échelles, l'ESI ne définit pas un délai maximal de premier contact médical.

L'infirmière doit utiliser le même algorithme pour tous les patients (adultes ou pédiatriques) mais le processus décisionnel pour les patients pédiatriques doit prendre en compte les différences de développement selon l'âge, l'anatomie, la physiologie.

- Rechercher les signes d'instabilité.
- Si absence de signes de gravité, l'infirmière évalue le besoin attendu en ressources à réaliser pour l'enfant afin de déterminer le niveau du tri. En se basant sur ces connaissances théoriques et son expérience.

7.4.2.3 Manchester Triage System (MTS) :

Le MTS a été créé en 1994, révisé en 2006. Il est utilisé dans tout le Royaume-Uni et dans de nombreux services d'urgence européens (Allemagne, Espagne, Autriche, Norvège, Suède, Portugal, Pologne, Slovaquie) et d'Asie (Japon). Il se présente sous la forme de 52 diagrammes, représentant les motifs de consultation.

Dont 7 algorithmes sont spécifiquement destinés au triage des enfants, par exemple

« Inquiétude des parents », « Pleurs de l'enfant », « Irritabilité de l'enfant » ou « Boiterie de l'enfant ». En fonction des algorithmes, des discriminants sont proposés pour définir le niveau de triage.

7.4.2.3.1 La démarche du tri :

- Utiliser le diagramme le mieux correspondant au problème présenté par le patient.
- Suivre le diagramme jusqu'à ce qu'un trait discriminatoire soit positif.
- Cela stoppe le processus de triage et permet de déterminer le degré d'urgence et donc le délai de prise en charge souhaité :

Les différents niveaux sont définis par le délai de prise en charge exigé :

Niveau de gravité	Définition	Délai de prise en charge exigé
--------------------------	-------------------	---------------------------------------

Niveau1	Immédiat	Immédiat
Niveau2	Trèsurgent	10min
Niveau3	Urgent	60min
Niveau4	Standard	2h
Niveau5	Nonurgent	4h

Tableau N°3 : Définition des niveaux de gravité selon le délai d'attente

En France: L'utilisation des échelles de tri n'est pas répandue dans tous les services d'urgences pédiatriques. Les degrés de gravité sont alors évalués de manière subjective par la personne accueillant les patients. Les services possédant une échelle de tri utilisent le plus souvent leur propre échelle car aucune n'a fait l'objet d'étude de validité et il n'existe pas d'uniformité au niveau national.

Les dernières recommandations de la Société française de Médecine d'Urgence(SFMU) datant de 2014 reconnaissent les points suivants (29):

- Il faut utiliser une échelle de triage validée, fiable et reproductible (accord fort).
- Il faut que l'échelle de triage comporte 4 ou 5 niveaux.
- Il faut que l'échelle de triage soit adaptée aux caractéristiques de l'organisation nationale des soins (médecine pré hospitalière).
- Les experts recommandent que les niveaux de l'échelle s'appuient sur des critères identifiés.
- Et proposent la construction d'une échelle de triage spécifique, unique au niveau national, prenant en compte les spécificités de l'adulte et de l'enfant.

8 Exemples sur les urgences pédiatriques :

Avec en moyenne 25 000 passages chaque année, les urgences pédiatriques accueillent l'enfant des premiers jours à la fin de l'adolescence. Si la moitié des cas est liée aux accidents de la vie courante, l'équipe traite également des situations plus spécifiques comme les pathologies psychiatriques, les victimes de maltraitance ou encore la mort inattendue du nourrisson. Cette expertise s'allie aux qualités des professionnels hospitaliers qui en plus d'apporter les soins d'urgence à l'enfant, aident les parents à surmonter cet épisode d'intense inquiétude.

Une grande majorité d'enfants est emmenée aux urgences directement par les parents, même dans les cas les plus graves. « Ils n'appellent pas le SAMU, car ils ne se rendent pas compte de la gravité de la situation ou parce qu'ils pensent gagner du temps : c'est une erreur ! » prévient le médecin.

La moitié des pathologies traitées aux urgences pédiatriques est liée à des accidents de la vie courante et en particulier domestiques. En tête de liste de cette catégorie avec 90 % des cas, les chutes et les chocs, très graves, concernant des enfants de moins de 2 ans. (41) Les pathologies pédiatriques les plus graves chez l'enfant sont :

8.1 La détresse respiratoire :

La détresse respiratoire constitue l'un des urgences pédiatriques les plus courantes et ses causes peuvent mettre la vie en danger. C'est la manifestation clinique de la gravité d'une affection de l'appareil respiratoire, traduisant la difficulté de répondre à la demande ventilatoire (La dyspnée, bronchiolite, toux,...) (42)



Figure N°7 : Enfant en situation de détresse respiratoire.

8.2 La détresse circulatoire :

On appelle détresse circulatoire une atteinte de la fonction circulatoire dont l'évolution peut affecter, à court terme, les autres fonctions vitales de l'organisme (fonction respiratoire, fonction neurologique) et conduire au décès de la victime. Si l'arrêt cardiaque est une détresse circulatoire majeure qui relève de gestes de secours immédiats, il existe un certain nombre de situations où une victime peut présenter des signes visibles de détresse circulatoire sans pour autant être en arrêt cardiaque. La détresse circulatoire est dominée par l'état de choc hémorragique. (43)

8.3 La détresse neurologique :

C'est une atteinte de la fonction nerveuse et une perte de connaissance. Les troubles de convulsions, les troubles épileptiques,....

8.4 La fièvre aigue :

La fièvre est généralement une réaction du corps face à des micro-organismes qui s'y sont introduits. Un bébé ou un enfant en bas âge a de la fièvre si sa température rectale dépasse 38 C. Il n'est pas nécessaire de traiter celle-ci lorsqu'elle reste inférieure à 38,5 C.(44)



Figure N°8: enfant en situation de fièvre aigue.

La fièvre chez le nourrisson de moins de 3 mois est également une cause fréquente du passage aux urgences, a fortiori la nuit et le week-end. Surtout quand la température monte à 39 – 40°, qu'elle dure plusieurs jours ou que les médicaments ne sont a priori pas efficaces.

8.5 La crise d'asthme :

L'asthme c'est une maladie chronique qui est caractérisé par une inflammation chronique des voies respiratoires. L'obstruction des voies respiratoires peut être plus ou moins importante en raison de la constriction des muscles bronchiques, de l'œdème de la muqueuse trachéobronchique et de l'augmentation des sécrétions de mucus.(45)



Figure N°9: enfant en situation de crise d'asthme.

8.6 L'infection urinaire :

Chez les enfants un peu plus vieux par contre, on observe des symptômes comme un besoin d'uriner fréquent et urgent, et une sensation de brûlure à la miction. La fièvre,

l'irritabilité, la perte d'appétit, les nausées et les vomissements peuvent aussi être les symptômes d'une infection urinaire.(46)

8.7 Les pathologies digestives :

C'est l'ensemble des pathologies qui affectent le type digestif, elles représentent des vomissements, diarrhée, constipations, douleurs abdominales,

8.8 Cétose diabétique :

C'est une complication fréquente et aiguë du diabète. Cette complication consiste en une accumulation de corps cétoniques dans le sang, associée ou non à une acidose.(47)

8.9 Ictère chez l'enfant ou nouveau née :

L'ictère néonatal, aussi appelé jaunisse du nouveau-né, se caractérise par l'apparition d'une coloration jaune de la peau et/ou des yeux, résultant d'une augmentation de la concentration sanguine de la bilirubine.(48)



Figure N° 10: enfant en situation d'ictère.

8.10 Pathologies dermatologiques :

Une éruption cutanée désigne un changement anormal de la texture ou de couleur de la peau, ne sont en général pas grave et peuvent avoir différentes causes. Les substances irritantes, les médicaments, les réactions allergiques et les troubles qui provoquent une inflammation peuvent tous entraîner une éruption cutanée.(49)



Figure N°11 : exemple de pathologie dermatologique.

Les urgences pédiatriques connaissent un pic d'activité tous les jours après 17h-18h, au moment des sorties de crèches, des écoles et du travail quand le médecin traitant est peu joignable, et ce, jusque vers 1h du matin, ainsi que le week end.

Aux urgences, soigner un enfant c'est aussi gérer l'angoisse de ses parents.

Afin de préserver la qualité et l'efficacité du travail des professionnels, seuls les parents sont autorisés à suivre l'enfant en zone de soins. (41)

Chapitre 2 :
Les soins
infirmiers aux
urgences
pédiatriques

1 Définitions de L'infirmier :

1.1 Générale:

Personne habilitée à assurer la surveillance des malades et à les soigner sur prescription médicale.

(Dictionnaire LAROUSSE)

1.2 Selon l'organisation mondiale de la santé :

Définit un infirmier comme « une personne ayant suivi une formation de base aux soins infirmiers et autorisée, dans son pays, à prodiguer des soins infirmiers dans tous les contextes pour la promotion de santé, la prévention de la maladie, les soins et le rétablissement des personnes physiquement et mentalement atteintes » .

1.3 Selon le conseil international de l'infirmier (CII) :

L'infirmier est une personne qui a suivi un programme d'enseignement infirmier, qui possède la qualification requises et qui est habilité dans son pays à exercer la fonction d'infirmier.

2 La formation de l'infirmier :

2.1 La formation initiale :

2.1.1 Généralités :

La formation initiale octroie un statut d'étudiant. Elle est programme complet qui enseigne et prépare l'étudiant dans sa carrière professionnelle. Mieux, c'est la formation constante qui accompagne l'étudiant via un programme très riche et achalandé. C'est un cursus au cours duquel l'étudiant apprend la base d'une profession. A la fin, il dispose des compétences nécessaires et savoir pour exercer son métier. Aussi, ce cursus est motionné par un diplôme ou une attestation.

2.1.2 La formation initiale de l'infirmier :

La formation de l'infirmier de santé publique est parmi les options les plus demandées par les établissements de santé. Le taux de besoin des ISP est quasiment élevé chaque année, car leur champ d'exercice de fonction est vaste, et leur disponibilité à travers toutes les structures de santé est impérativement indispensable.

La durée de formation initiale est 3ans, composé de deux partie théorique et pratique.

2.2 La formation continue :

2.2.1 Définition :

Selon le dictionnaire de l'internaute : C'est une formation destinée aux adultes qui sont déjà rentrés dans la vie active, et qui ont quitté leur formation initiale .La formation contenue permet d'accroitre le savoir faire et les compétences.

2.3 Objectifs de formation contenue pour les infirmiers :

- Etablir des règles de soins.
- Parfaire les connaissances.
- Maintenir à jour les connaissances et les compétences techniques.
- S'adapter aux nouvelle technologies et pratiques médicales.
- Améliorer le jugement clinique.

2.4 Les compétences de l'infirmier :

La profession d'infirmier dans un service d'urgence pédiatrique requiert certaines qualités et compétence, L'infirmier à un rôle primordial aux urgences pédiatriques. Il réalise une évaluation clinique pour déterminer le niveau d'urgence et procède ainsi au premier tri. Il met en œuvre ses compétences dans de nombreux domaines : soins, évaluation des différents stades de développement, mais aussi promotion de la santé, protection de l'enfance, accompagnement et soutien des familles dans le processus de parentalité.

Pour travailler aux urgences, l'infirmière doit avoir des compétences relationnelles, cliniques et organisationnelles. Son travail se divise en différentes étapes : l'accueil, le tri, l'orientation vers le service adapté, la réévaluation, la coordination des soins ainsi que l'enseignement au patient et à ses accompagnateurs(37)

3 Rôle de l'infirmier :

3.1 Rôle propre :

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit le rôle de l'infirmier ainsi :

"Aider les individus, les familles et les groupes à déterminer et réaliser leur plein potentiel physique, mental et social (...). Les soins infirmiers englobent également la planification et la mise en œuvre des soins curatifs et de réadaptation et concernent les aspects physiques, mentaux et sociaux de la vie en ce qu'ils affectent la santé, la maladie, le handicap et la mort. Les infirmiers travaillent aussi comme partenaires des membres des autres professions impliquées dans la prestation des services de santé".

Le décret du 15 mars 1993 définit le rôle propre :

"Relèvent du rôle propre de l'infirmier ou de l'infirmière les soins liés aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie et visant à compenser partiellement ou totalement un manque ou une diminution d'autonomie d'une personne ou d'un groupe de personnes dans ce cadre , l'infirmier a compétence pour accomplir les soins qui juge nécessaires. (38)

L'infirmier a une fonction d'observation, de dialogue avec le patient, pour identifier les problèmes et poser des diagnostics infirmiers, afin de pouvoir mettre en œuvre les moyens nécessaires pour une prise en charge adaptée. Il en va aussi de la surveillance des complications spécifiques à une pathologie ou un traitement mais aussi, de manière générale, le dépistage de situation de maltraitance ou de violence.

Il analyse la situation que vit le patient et détermine les objectifs à atteindre ainsi que les interventions adaptées, il décide de ce qu'il faut faire, de comment le faire et le réalise (démarche de soins).

Dans le cadre du rôle propre de l'infirmier, quatre notions sont importantes :

- il a compétence pour un diagnostic infirmier.
- Il a l'initiatives des soins relevant de son rôle propre.
- Il gère les soins.
- Il gère le dossier de soins infirmier.

3.2 Le rôle sur prescription médicale :

La prescription médicale est le seul lien existant entre le médecin et l'infirmier. Il est chargé de la mise en application de la prescription médicale, et de la surveillance des effets secondaires ou complications qui pourraient en découler. Il n'est cependant pas qu'un simple exécutant, il doit en permanence faire le lien entre ses connaissances et les ordonnances faites par les médecins. En effet, il lui serait reproché d'avoir appliqué une prescription absurde. Il doit donc savoir interpellé le praticien lorsqu'il identifie une erreur ou en tout cas une prescription atypique, afin de l'en obtenir confirmation.

Cela constitue une des difficultés majeures de la profession. L'infirmier doit en effet être en mesure de comprendre toutes les prescriptions, afin de savoir identifier non seulement les erreurs mais aussi la spécificité de chacune d'entre elles, pour en déterminer les risques et donc les surveillances. Pour cela l'infirmier peut faire appel aux connaissances acquises lors de sa formation initiale, mais aussi par le biais d'une formation professionnelle continue.

3.3 Le rôle en collaboration :

Cette seconde catégorie fait appel aux compétences soins prescrites par le médecin. Ces soins ne sont pas applicables sans un avis médical ou un protocole de soins préalablement établi que l'infirmier peut appliquer dans certaines circonstances, y compris dans les cas d'une urgence vitale. Ce sont, par exemple, la pose d'une thérapeutique médicamenteuse ou invasive, ou l'assistance à un geste médical comme dans une intervention chirurgicale.

3.4 Spécificités de rôle de l'infirmier :

L'infirmier exerce un rôle très important pour une meilleure prise en charge de patients pour soulager la souffrance physique et psychologique de façon optimale et répondre aux besoins dans son rôle face au patient se manifeste par :

- Accueillir et prendre en charge les personnes se présentant dans le service en identifiant le type d'urgence et en discernant les priorités imposées par celle-ci. Se rendre disponible, dans les plus brefs délais, en cas de nécessité (urgence vitale).
- Exercer sa profession dans un contexte d'activités très fluctuantes sur 24 heures.

3.5 Rôle de l'infirmier organisateur de l'accueil à l'urgence :

3.5.1 Définition de l'accueil aux urgences :

L'accueil est le premier soin. L'infirmière, par son attitude respectueuse, chaleureuse et empathique, crée un climat de confiance et de sécurité dès le premier contact. De la qualité de l'accueil dépend le bon déroulement de la suite des soins.

3.5.2 Mission générale de l'IOA :

L'infirmière organisatrice de l'accueil a pour mission d'accueillir tout patient et ses accompagnants se présentant aux urgences, d'identifier le motif de consultation, d'évaluer l'état clinique et d'orienter dans le secteur approprié en fonction du degré de gravité.

3.5.3 Missions permanentes :

- Assurer un accueil adapté (recueil du motif de consultation, histoire de la maladie, antécédents...).
- Assurer la réalisation des premiers soins (constantes : pouls, PA, saturation en O₂, fréquence respiratoire, glycémie capillaire, *peak-flow*, évaluation de la douleur, ECG, gestes de première urgence...).
- Assurer une orientation dans les différents secteurs adaptée au motif de consultation selon l'échelle de tri.
- Orienter vers le bureau des admissions afin de procéder à l'enregistrement administratif en fonction de l'état de santé du patient.
- Informer le patient et les accompagnants du déroulement de la prise en charge.
- Renseigner les familles en attente.
- Missions ponctuelles ou spécifiques (liste non exhaustive) .
- Encadrement des étudiants infirmiers et nouveaux personnels.

Une règle incontournable : l'IOA ne peut renvoyer un patient sans avis médical.

Le tri et la décision du lieu de soins adapté aux besoins du patient

Les objectifs du tri des patients à leur arrivée effectués par l'IOA sont les suivants :

-analyser de façon rapide le motif de recours aux urgences ;

-évaluer les besoins en soins et leur priorisation ;

-faciliter la gestion des flux ;

-optimiser les délais de prise en charge.

Première étape : identification (recueil de données)

Lister les motifs d'arrivée, les symptômes, les circonstances de survenue, les antécédents pertinents, les traitements spécifiques en cours...

Deuxième étape : classement des urgences par indice de gravité

Délai 0	Urgence vitale /absolue	Code 1
Délai < 20mn	Urgence immédiate	Code 2
Délai < 1 h	Urgence vraie	Code 3
Délai variable selon le flux	Urgence ressentie/ urgence relevant d'une consultation	Code 4

Tableau N°4 : classement des urgences par indice de gravité

Des échelles de tri existent et peuvent aider à la décision: voir par exemple les fiches 193 et 194 partie IV : Échelle canadienne de tri de gravité aux urgences (ETG) et Classification infirmière de médecine d'urgence (CIMU).

Troisième étape : décision du lieu de soins

C'est l'orientation vers la Salle d'accueil des urgences vitales (SAUV), le secteur médecine, chirurgie ou pédiatrie. L'orientation à l'extérieur du Service d'urgence relève d'un protocole ou d'une validation par le médecin référent d'accueil.

Quatrième étape : transmission des données

L'IOA doit transmettre une synthèse de tous les éléments recueillis sur le dossier patient en y précisant les éléments significatifs, la décision du lieu de soin adapté.

Architecture et conditions d'exercice

Une bonne structure architecturale relative au tri doit :

- permettre l'arrivée systématique des patients au pôle d'accueil de l'IOA
- garantir la qualité des soins ;
- assurer la sécurité du patient, du personnel soignant et administratif ;
- être accessible à tous les patients et leurs accompagnants ;
- permettre la confidentialité et l'intimité.

Au centre de cette articulation cohérente entre les différents secteurs du service d'urgences, l'IOA doit se tenir dans la zone d'accueil et de tri. Tous les patients arrivants sont dirigés vers elle. Elle se doit d'accueillir, évaluer, hiérarchiser, décider du lieu de soins adaptés aux besoins du patient, surveiller et informer. Pour cela, l'outil informatique de gestion du service des urgences est une aide appréciable.(40)

4 Les soins Infirmiers :

4.1 Définition :

Les soins infirmiers englobent les soins autonomes et collaboratifs prodigués aux individus de tous âges, aux familles, aux groupes et aux communautés, malades ou en bonne santé, indépendamment du contexte. Les soins infirmiers comprennent la promotion de la santé, la prévention des maladies, les soins aux personnes malades, handicapées ou en fin de vie. La défense des intérêts, la promotion d'un environnement favorable, la recherche, la participation

à la mise au point des politiques de la santé, à la gestion des patients et des systèmes ainsi que la formation font également partie des rôles déterminants des soins infirmiers (CII 2002).(39)

En pratique, l'infirmier peut réaliser 3 types de soins :

- les soins dans le cadre de son rôle propre,
- les soins sur prescription médicale,
- les soins en présence d'un médecin prescripteur

4.2 L'objectif du soin infirmier :

Le but du soin est de garantir la santé .Celle-ci est alors trop souvent associée à une notion de non-maladie .Il est difficile de concevoir qu' un malade mourant d'une cancer généralisé, puisse décéder en santé .Pourtant , les actions mises en place , qui ne visent pas à le guérir , auront eut pour objectif de garantir une harmonie , un repos de son être .Ce qui aura donc pu être un échec pour les soignants qui souhaitent la guérison , sera peut-être perçu comme une satisfaction pour ceux qui lui auront permis de partir serein . De ce fait, le but du soin infirmier n'est pas de garantir la guérison, mais la santé qu'elle soit physique ou psychologique, d'accéder au bien être malade, e le soulageant, tout en acceptant la réussite ou l'échec de la thérapeutique.

4.3 Les outils d'organisation du soin :

4.3.1 La planification des soins :

Elle permet d'organiser les soins journaliers et de visualiser l'ensemble de l'activité soignante. Elle est utilisée principalement par les acteurs de service de soins infirmier.

Est un outil dévaluation existe mais son utilisation reste partielle. Son évolution passera par information du dossier de coin qui permettra d'avoir une planification journalière par patient pour l'ensemble du service.

4.3.2 Les protocoles et procédures :

Dans le cadre de son rôle propre (art3 du décret 11 février 2002) < l'infirmier peut élaborer, avec la participation des membres de l'équipe soignante, des protocoles de soins infirmiers relevant de son initiative >

La procédure est un document décrivant une action dans un service.

Le protocole est un document décrivant les règles à suivre pour effectuer une opération particulière dans un service. Ils répondent à une recherche de qualité renforcée à l'occasion de la démarche accréditation.

4.3.3 Les transmissions :

C'est un temps indispensable à la continuité des soins. Elles permettent de communiquer entre deux équipes, sur les éléments nécessaires au relais de la prise en charge au cours d'une même journée. Elles s'organisent durant les temps de chevauchement des équipes.

4.3.4 Le dossier de soins infirmier :

Il fait partie du dossier médical de façon réglementaire (article R710.2.2 du décret d'application N2002-637 de la loi du 4 mars 2002)

Cet outil permet de recueillir toute les données nécessaires à la prise en charge d'un patient et de les ordonner.

L'infirmier est chargé de la conception, de l'utilisation et de la gestion du dossier de soins infirmiers (article 3 du décret du 11 Fév.2002)

Le dossier de soins est un :

- outil de connaissance du patient
- moyen de formation
- moyen d'évaluation de la charge de soins
- moyen d'organisation

Il est composé de :

Fiche d'identification, fiche de surveillance, diagramme de soin, fiche de prescription, fiche de transmission, fiche d'examen, diagnostic infirmier n plan de soin guide, résumé de soins infirmiers.

5 Exemple sur les soins infirmier aux urgences pédiatriques :

- Abord veineuses.
- Administration des traitements.
- Perfusion de soluté (RB et RHD).
- Bilan sanguin.
- Hémoculture.
- Transfusion sanguine.
- Oxygénation et nébulisation.
- Bandelette urinaire.
- Gavage.
- Mesure des paramètres vitaux (TA ,Pouls ,FR ,FC...).
- Lavage gastrique.
- Electrocardiogramme.
- Libération des voies aériennes.
- Position demi-assise.



Figure N°12 : Prise de sang chez l'enfant.



FigureN°13 : Pose de perfusion pour l'enfant.



Figure N°14 : Réalisation d'un ECG chez l'enfant.

Partie pratique

1 Description générale du service des urgences pédiatriques du CHU de Bejaïa :

La présente étude a été réalisée au sein du service des urgences pédiatriques médicales du CHU de Bejaïa.

Les locaux des urgences sont situés au rez-de-chaussée de la nouvelle structure hospitalière mère et enfant, ils présentent trois (03) entrées, une réservée aux personnels médicaux et paramédicaux, l'autre est réservée aux patients et une dernière de secours.

Le service des urgences pédiatriques dispose d'un premier secteur composé de deux salles d'attente pour les accompagnateurs de l'enfant avec un service d'accueil où se trouve parfois un agent de sécurité dont son rôle est d'accueillir les malades, de les enregistrer dans un registre, de garder l'ordre et de faire rentrer immédiatement les malades graves.

Le service des urgences proprement dit est séparé de ce premier secteur par une porte et comporte :

1. Deux boîtes de consultations
2. Une pharmacie
3. Une salle des soins
4. Une salle de déchoquage contenant 04 lits avec 02 sources d'oxygène
5. Une salle d'observation disposant de 06 lits avec 04 sources d'oxygène
6. Une salle pour l'hospitalisation du jour
7. Une salle de radiologie standard réservée pour toute l'unité
8. Les sanitaires
9. 03 salles de repos: 02 pour le personnel médical, une pour le personnel paramédical.

1.1 Personnel du service :

1.1.1 Personnel médical :

- Chef de service : Professeur H. AHMAN chef de service de pédiatrie et des urgences pédiatriques
- Deux assistants en pédiatrie générale
- Six résidents pendant la journée et 02 pendant la garde.
- Huit internes affectés au service des urgences pédiatrique assurant le travail de 08H00 à 16H00 (02 internes pour chaque box de consultation, 02 en salle d'observation, un interne en salle de déchoquage et un en salle d'HDJ) puis au-delà c'est 03 internes par garde.
- Deux médecins généralistes qui travaillent deux (02) jours sur deux au niveau des box de consultation, mais à cause de pandémie de covid 19 ils sont réaffectés au service de covid.

1.1.2 Personnel paramédical :

- Ils sont au nombre de 03 infirmiers de 08H00 à 16H00, puis 02 infirmiers par garde.
- Une coordinatrice : Celle-ci s'occupe de tout ce qui est administratif et des transferts des malades.

1.2 Organisations des consultations :

1.2.1 En aval:

Aucune condition n'est exigée pour accéder au service des urgences et de cela tout demandeur de soins médicaux, qu'il soit adressé par un médecin ou consultant directement, a le droit d'être vu au pavillon des urgences.

1.2.2 Aux urgences:

Les malades graves, soit par jugement de la famille ou jugement de l'équipe médicale et les malades référés sur tout site transporté médicalisé, rentrent sans délai à la salle des soins. Les consultations simples sont vues en salle d'examen à tour de rôle.

Tout malade admis à la salle d'observation ou à la salle de déchoquage est accompagné de sa fiche d'observation faite par l'interne ou résident comportant état civil,

histoire de maladie, examen clinique à l'admission et la conduite à tenir, et surveillance.

1.2.3 Enamont:

Les malades vus à la première salle de consultation peuvent:

- Soit retourner chez eux après avoir jugé de la bénignité de leurs affectionstout enprescrivant untraitement et/ou unbilanà titre externe, soit être adresséspouruneconsultationetunsuivispécialiséà froidaucentredesoinsde proximité.
- Être adressés aux urgences de chirurgie infantile pour un avis du chirurgien pédiatre.
- Être mis en observationet doncréglér unbillet d'observationqui est valable6 heures, ou biend'hospitalisation sion juge que le malade va rester plus de6 heures.
- Être admis en salle de déchoquage pour les malades en situation grave ou susceptible de l'être.

2 Matérielsetméthodes :

2.1 Typed'étude :

Ils'agitd'uneétudeépidémiologiqueprospective,descriptive,detypetransversal répétée.

2.2 Champd'étude :

L'étude s'estdéroulée dansle service des urgences pédiatriques au sein del'hôpitalmère et enfant Targa Ouzemour, CHU Bejaia, Algérie.

2.3 Périoded'étude :

L'enquête s'est déroulée sur une période de 01 mois du vendredi 1 avril 2022 au samedi 30 avril 2022.

2.4 Les critères d'inclusion :

Ont été inclus dans notre étude tous les enfants âgés de moins de 15 ans et 03 mois, ayant consulté au service des urgences pédiatriques identifié plus haut, pendant la période d'étude, dans le cadre des consultations non programmées.

2.5 Les critères d'exclusion :

Ontétéexclusdecetteétude:

- Lespatientsadmisdanslecadredesconsultationsprogrammées.(Transfusion, biothérapie...)
- Lespatientsquiconsultentpourun motifdetraumatologie.

Pour la réalisation de ce travail, nous avons élaboré une fiche, qui a été simplifiée au maximum pour qu'elle soit facile et rapide à remplir.

- La première partie concerne les renseignements généraux : Date et heure d'arrivé aux urgences, délai d'attente, moment de consultation, tri de l'urgence .
- Ladeuxième partie:C'est l'identificationde l'enfant :l'Age, le sexe, laprovenanceet le motif de consultation.
- Latroisième partie:Estladescriptiondessymptômes, lediagnostic, lapriseencharge et le devenir du malade.
- La quatrième partie : les différents soins infirmiers.

Afin de collecter un maximum de données nous avons eu recours au registre de consultations du service des urgences, ensuite celles-ci ont été consignées sur deux tableaux.

(Annexe)

2.6 Traitement des données:

La saisie et le traitement des données ont été effectués à l'aide des logiciels Word et Excel 2013.

2.7 .Plan d' analyse :

Le plan d'analyse retenu est le suivant:

- Fréquentation du service des urgences pédiatrique.
- Réparation des patients selon:
 - L'âge.
 - Le sexe.
- Circonstances d'arrivée aux urgences:
 - horaire de consultation.
 - Délai d'attente.
 - Accompagnement.
 - Provenance.
- Motifs de consultation.
- Diagnostic retenu.
- Prise en charge.
- La notion d'urgence.
- Les soins infirmiers aux urgences pédiatriques.

Résultats

3 Résultats :

En se renforçant par les registres de consultation, nous avons pu recueillir 2159 malades au total avec un nombre de consultants allant de 21 à 110 par jour.

3.1 Caractère généraux

3.1.1 Age :

Nous avons différencié les nouveau-nés [0-28] jours, les nourrissons [28jours-23mois], les enfants d'âge préscolaire [2ans-5ans], et les enfants d'âge scolaire [5ans-15ans et 3mois].

Age	Nombre de consultation	Pourcentage%
[0,28]jours	160	7,4
[28j,23mois]	1098	50,85
[2ans,5ans]	515	23,85
] 5 ans -15ans et 3mois]	386	17,9
TOTAL	2159	100%

Tableau N°5: Répartition de nombre des consultants en fonction de l'âge.

Nous remarquons que les enfants moins de 5ans représentent plus de trois quart des consultants soit 82,1% réparties comme suit :

- Nouveau-nés (moins de 28 jours) : représentent 7,4%
- Nourrissons de moins de 24mois : représentent 50,85%
- Enfant de 2à 5ans : représentent 23,85%

Quant aux enfants de 5à 15ans, ils représentent 17,9% de l'ensemble de consultants.

L'étude de la répartition de nombre des enfants qui ont consultés aux urgences pédiatriques selon l'âge montre un pic de fréquence chez les nourrissons, soit 50,85% des consultations.

3.1.2 Sexe :

Nous avons notés dans notre étude une légère prédominance masculine avec 1150 Garçon contre 1009 Filles, qui ont fréquentés les urgences pédiatriques au mois Avril 2022.

Le sexe- Ratio était de : 1,14

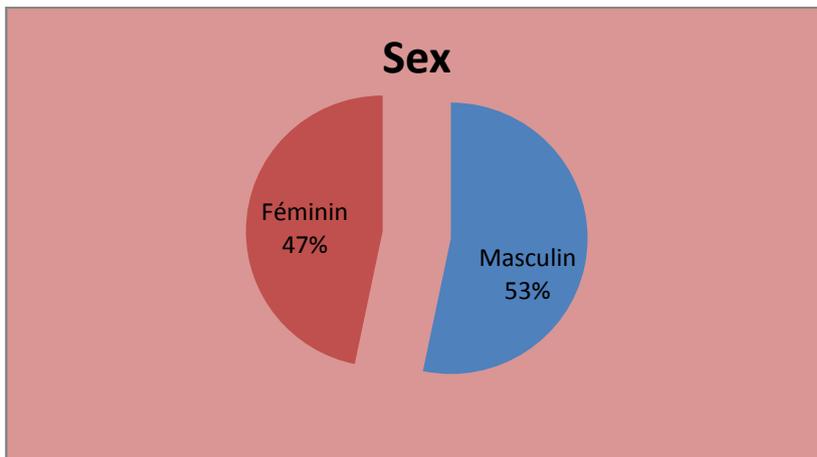


Figure N°15 : Répartition des malades selon le sexe.

3.2 Circonstance d'arrivée aux urgences :

3.2.1 Les horaires de consultation :

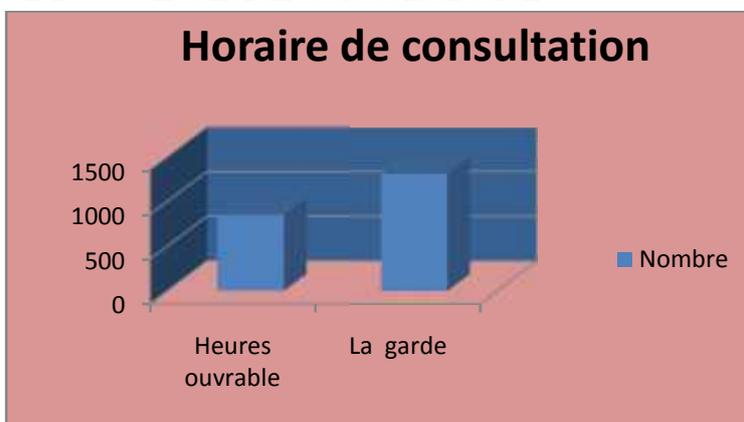


Figure N°16: Répartition des consultants selon l'heure de consultation

La répartition des patients selon les horaires de consultations laisse apparaître une légère prédominance durant les horaires de garde, qui représente un taux de 60,63% des cas.

39,37% des patients ont consultés entre 08H et 16H : durant les horaires administratif de travail.

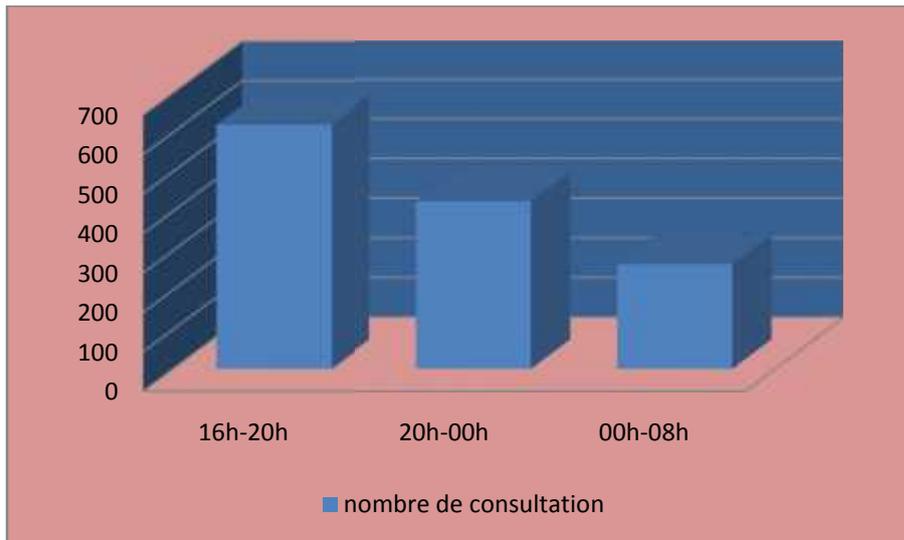


Figure N°17: Répartition des consultants selon les horaires de consultation durant la garde

Au fil de temps, la courbe diminue de plus en plus durant les horaires de gardes .

Soit :

- 47,2% des patients ont consultés entre 16H et 20H.
- 32,2% entre 20H et minuit.
- 20,17% entre minuit et 8H.

3.2.2 Délai d'attente :

En ce concerne le délai d'attente, les patients avaient été consultés dans l'heure qui suivait leurs arrivés dans près de 86% avec un délai moyen d'attente de 30minutes.

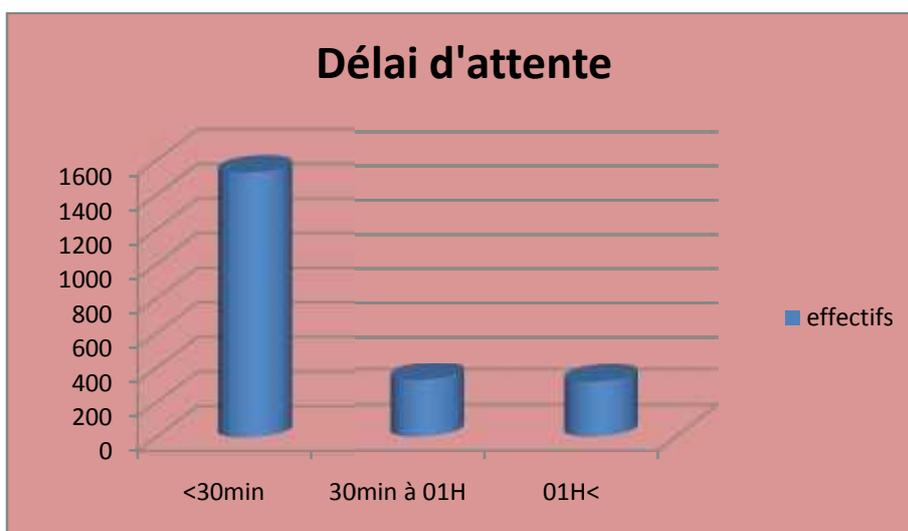


Figure N°18: Nombre de consultants selon le délai d'attente.

3.2.3 Accompagnement :

Au moment de leurs arrivés aux urgences, les patients ont été accompagnés soit par :

- Les deux parents dans 63,9% des cas.
- La mère dans 18,11%des cas.
- Le père dans 14,3% des cas.
- Plus deux personnes dans 3,61% des cas.



FigureN° 19: Répartition des patients selon leurs accompagnent

3.2.4 Provenance :

Provenance	Effectifs	Pourcentage
directe	2000	92,64%
adressé	100	4,60%
Evacués	59	2,73%

Tableau N° 6: Répartition des patients selon leur mode de provenance.

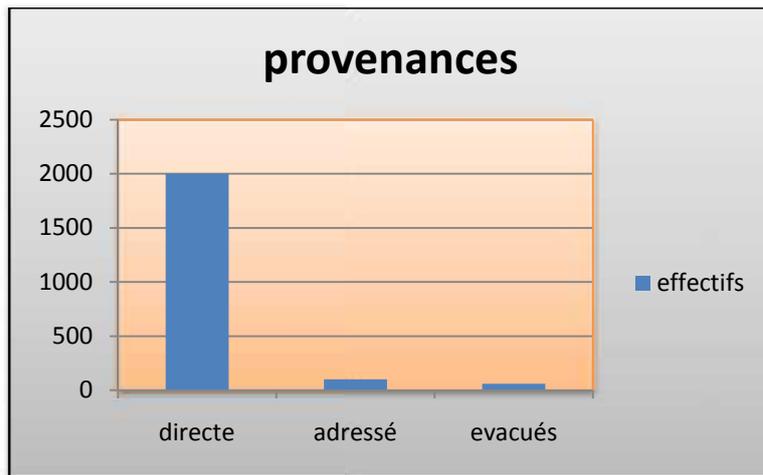


Figure N°20 : Répartition des patients selon leur mode de provenance.

La répartition des patients se présentant au service des urgences pédiatriques selon leur provenance :

La majorité soit : 92,64% des enfants consultant directement aux urgences sans être vus au préalable où adressés par un autre médecin.

Les malades adressés du privé ou d'un centre de santé, représentent 4,6% des consultations.

Les autres évacués aux différents structures de santé et représentent 2,73% des consultations.

3.3 Motif de consultation :

La répartition des malades, qui sollicitent les urgences pédiatriques selon le motif de consultation.

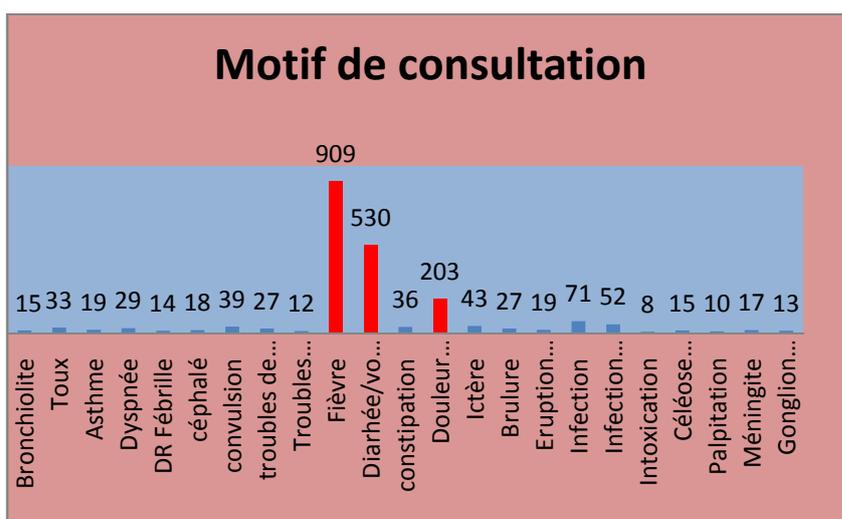


Figure 21: Répartition des malades selon le motif de consultations.

Les motifs de recours aux urgences étaient dominés par les signes digestifs. Rappelons que chaque malade pourrait avoir un à trois motifs à la fois. Ces derniers sont résumés dans le tableau qui suit :

Motif	Effectifs	Pourcentage
Fièvre	909	42,10%
pathologie respiratoire	110	5,07%
P digestifs	769	35,85%
P neurologique	96	4,43%
P cardiaque	10	0,50%
P cutanée	89	4,12%
P Urinaire	52	2,45%
Intoxication	8	0,37%
ORL	13	0,60%
Autres	103	4,76%
Total	2159	100%

Tableau N° 7: Les motifs de consultation.

Les motifs de consultation les plus fréquents étaient d'ordre :

- La fièvre dans 42,1%.
- Digestifs dans 35,85% : Vomissement/diarrhée (24,55%), douleur abdominal (9,63%), constipation (1,67%).
 - Pathologie Respiratoire dans 5,07% : Toux (1,52%), Bronchiolite (0,69%), Crise d'asthme (0,88%), Dyspnée (1,34%), DR fébrile (0,64%).
- Autres dans 4,76%.
 - Pathologie neurologique dans 4,43% : Céphalée (0,83%), Convulsion (1,8%), Troubles de conscience (1,25%), Epilepsie (0,55%)
 - Pathologie cutanée 4,12% : Ictère (1,99%), éruptions (0,88%), Brûlure (1,99%)...
 - Urinaire dans 2,45%.
 - ORL dans 0,6%.
 - Cardiaque dans 0,5%.
 - Intoxication dans 0,37%.

3.4 Prise en charge :

3.4.1 Actes des soins :

249 patients soit 11,53% ont bénéficié d'au moins un geste au service des urgences à noter qu'un patient peut bénéficier de plus un acte.

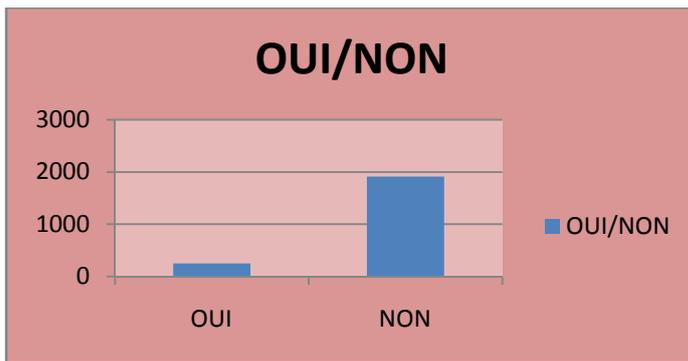


Figure N°22 : Nombre des patients reçoit ou non des actes des soins.

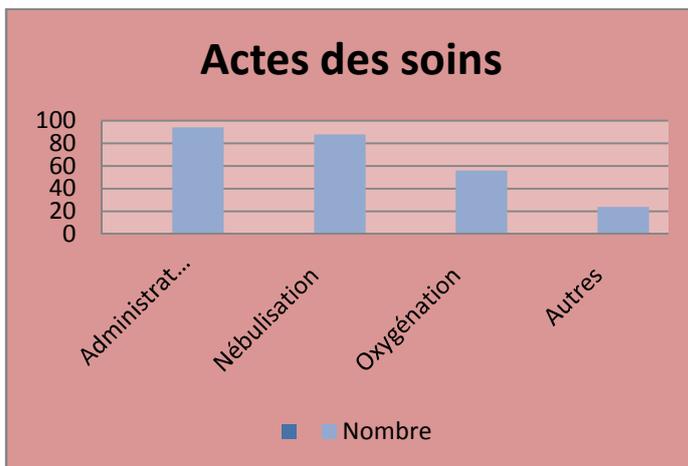


Figure N°23: Les actes des soins les plus fréquemment utilisés aux urgences.

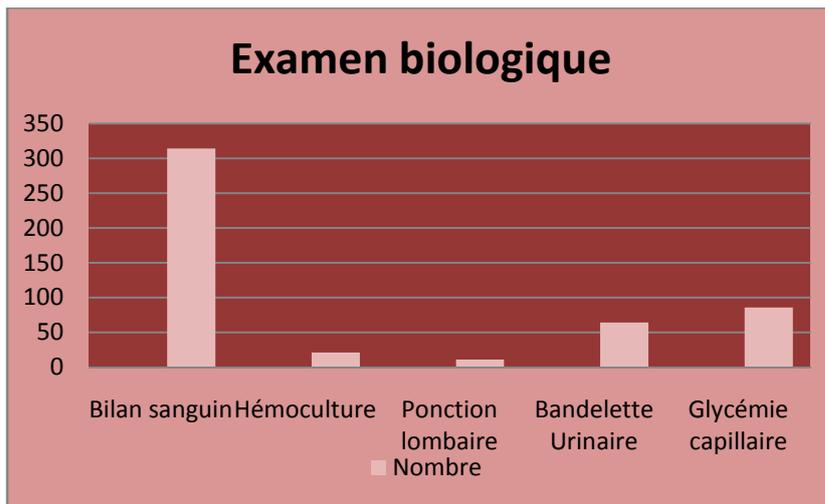
Les soins les plus fréquemment prodigués aux urgences sont :

- L'administration de traitement par voie intraveineuse dans 94 patients représentée par les : antalgiques, corticoïdes, antibiotiques...
- Les séances de nébulisation 88.
- Oxygénation : 56.
- Autres : 24

3.5 Examens complémentaires :

3.5.1 Biologie :

496 examens biologiques ont été réalisés chez 412 malades soit 19,08% de la population étudiée. Notant qu'un patient peut bénéficier de plus d'un examen.



FigureN° 24 : Répartition des différents examens biologiques réalisés.

Les examens biologiques les plus réalisés sont :

- ✓ Les bilans sanguins 63,3%
- ✓ Glycémie capillaire 17,3%
- ✓ Bandelette Urinaire 12,9%
- ✓ Hémoculture 4,23%
- ✓ Ponction lombaire 2,21%

3.6 Soins infirmiers aux urgences pédiatriques.

Au cours de l'urgence pédiatrique, l'infirmier responsable aux soins réalisés pour les enfants malades. Chaque patient besoin d'un seul ou plusieurs gestes selon la maladie et son état de santé.

D'après cette étude, on a trouvé que les soins infirmiers les plus fréquemment réalisés par l'infirmier aux urgences pédiatriques sont par l'ordre suivant :

- Mesure des paramètres vitaux (la pression artérielle, le pouls, FC, FR, glycémie capillaire ...) dans tous les cas soit 100%.
- Perfusion dans 72,54% des cas.
- La voie d'abord veineuse dans 65,26% des cas .
- Hydratation dans 38,77% des cas.
- La position demie assise dans 24,03% des cas.
- La sonde naso gastrique dans 21,76% des cas.
- La libération des voies aérienne dans 8,43% des cas.
- Lavage gastrique dans 2,96% des cas.
- Sondage urinaire dans 2,59% des cas.(Acte médicale mais l'infirmier peut le réaliser).

- Electrocardiogramme dans 2,32% des cas.

Les résultats sont présentés dans le tableau qui suite :

Gestes infirmiers	Nombre
Voie d'abord veineuse	1409
Perfusion	1784
Hydratation	837
Mesure des paramètres vitaux	2159
Position demi assise	519
ECG	50
Libération des voies aériennes	182
Sondage Urinaire	56
Sonde naso gastrique	470
Lavage gastrique	64
Transfusion sanguine	91

Tableau N°8: Répartition des différents Soins infirmiers aux urgences.

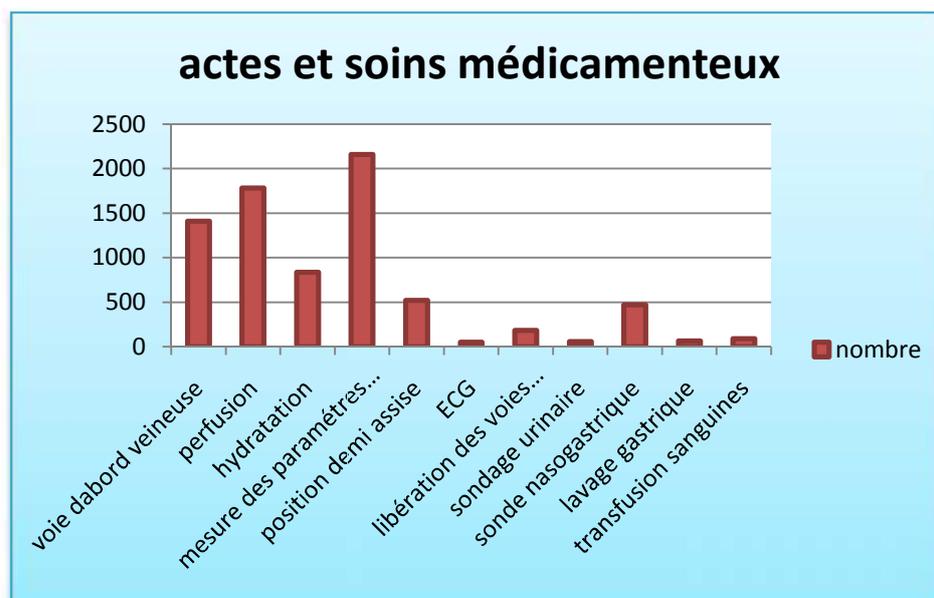


Figure N°25 : Répartition des différents soins infirmiers aux urgences pédiatriques.

3.6.1 La radiologie

58 examens radiologiques ont été demandés, il s'agissait des radiographies du thorax, ASP et de l'appareil locomoteur. Alors que l'échographie et le scanner étaient pratiqués au privé.

3.6.2 La réanimation

Les gestes de réanimation ont été rarement réalisés pendant notre étude.

3.7 Diagnostic retenu après passage au service des urgences :

Un diagnostic était retenu dans la majorité des cas soit 69,4%

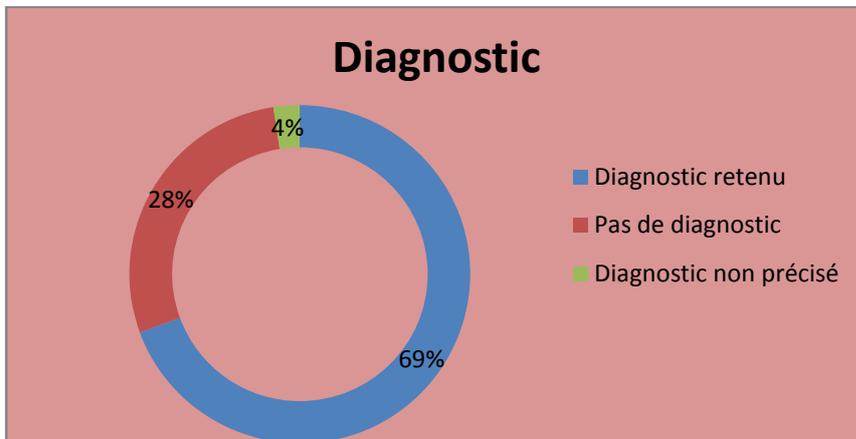


Figure N 26: Diagnostic retenue après passage aux urgences.

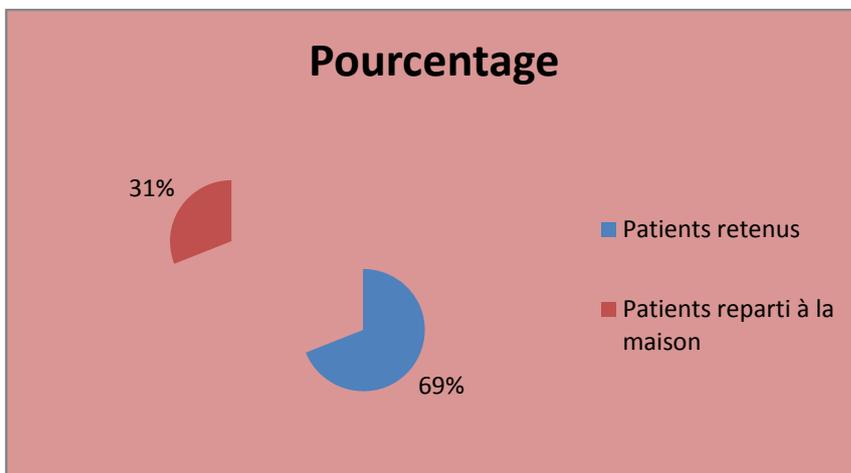


Figure N°27 : Nombre des patients retenus ou reparti à la maison.

3.8 Le devenir du patient :

Après la prise en charge d'un enfant aux urgences pédiatriques, l'équipe médicale décide du devenir en tenant compte de son état de santé.

Et voilà la représentation graphique qui nous présente le devenir du patient :

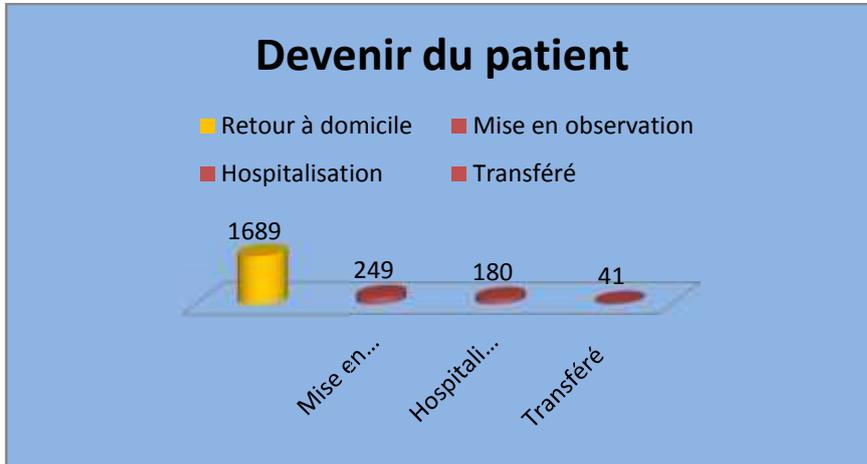


Figure N°28: Répartition des patients selon leurs devenirs.

3.9 La notion d'urgence :

3.9.1 6.1 La perception de l'urgence :

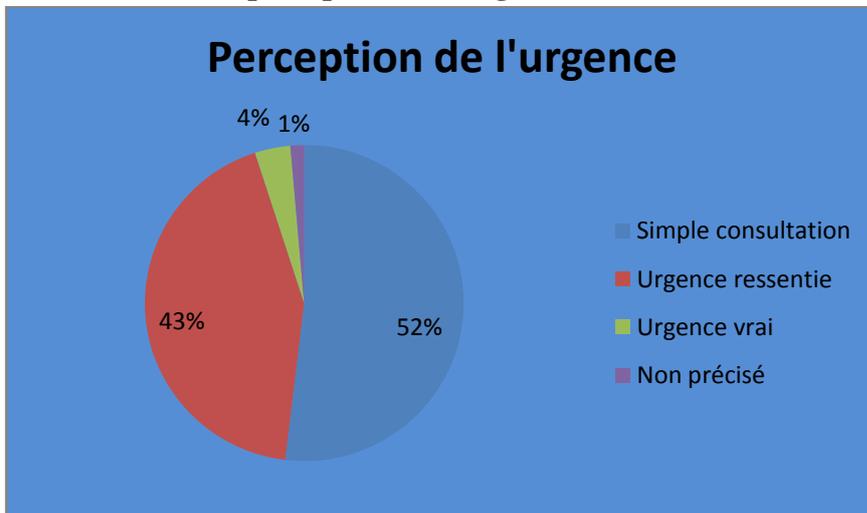


Figure N° 29: Répartition des patients selon le degré de l'urgence.

La moitié des enfants qui se sont présentés au niveau des urgences au total 52% ont été estimés par leurs parents avec une simple consultation. Par contre, seuls 4% des patients présentaient des signes d'urgence vraie.

Discussion

4 La discussion :

4.1 Limites et contraintes de l'étude :

Sur une période très courte de 1 mois du vendredi 1 avril 2022 au 30 avril 2022, nous avons réalisé une étude au niveau de service des urgences pédiatriques de la clinique Mère-Enfant de Bejaia, sur une population de 2159 enfants.

Période de 1 mois non représentative car elle est courte.

Etude non très représentative car faite durant la période de pandémie ayant influé sur l'organisation des urgences la consultation et le nombre de malade.

4.2 Caractères généraux :

4.2.1 Age :

Selon notre étude, la tranche d'âge majoritaire est de nourrissons qui ont 28J jusqu'à 23 mois, ils représentent 50,85% de la population total.

Les enfants de moins de 5ans représentent plus de trois quart des consultations soit 82,1%.

4.2.2 Sexe :

La prédominance masculine était plus marquée avec 53%, avec un sexe ratio était 1,14.

4.2.3 Horaires de consultation :

Les résultats de notre étude montrent que l'afflux des patients aux urgences pédiatriques est différent entre la journée et les horaires de la garde, avec respectivement des taux 39,36% et 60,63%.

4.2.4 Délai d'attente :

Le délai d'attente est relativement court en raison de faible affluence des patients aux urgences durant notre mois d'étude de l'année en cours. Vu la diminution du nombre de consultant durant la pandémie.

4.2.5 Provenance :

La majorité de nos patients provenaient directement à domicile sans contact médical préalable avec un taux 92,64%, seul 4,6% de nos enfants étaient référés par un autre médecin et 2,73% étaient évacués d'une autre structure hospitalière.

4.2.6 Motifs de consultation :

Les résultats de notre étude montrent que les premiers motifs de consultation étaient : la fièvre 42,1% et pathologie digestifs 35,85%.

La moitié des enfants qui se sont présentés au service des urgences pour une simple consultation. Mais seuls 4% qui ont une urgence vraie.

4.2.7 Actes, gestes, soins infirmiers :

Les premiers gestes infirmiers les plus fréquemment réalisés aux services des urgences pédiatriques sont : la mesure des paramètres vitaux, la voie d'abord veineuse et la perfusion.

*Evaluation des
insuffisances*

5 Evaluation des insuffisances :

Dans la lumière des résultats de cette étude certaines insuffisances ont été identifiées :

- Absence de personnel d'accueil y compris l'infirmier responsable d'accueil et d'orientation des malades à cause de manque de personnels ou personnels non qualifiés.
- Nombre réduit des infirmiers affectés aux urgences qui sont de deux infirmiers par jour et deux par nuit.
- L'infirmier du PU s'occupe lui même du transfert des bilans au laboratoire en l'absence d'agent de service ce ci cause un retard de soins causé par le temps consacré au déplacement vers le laboratoire.
- Engorgements des urgences par des habitués qui consultent pour des motifs non urgents.
- Encombrement de service des urgences par des patients qui ne relèvent pas de l'urgence (simple consultation, régularisation d'ordonnance...).
- Absence d'un service de sécurité adéquat surtout la nuit, ce qui favorise les conflits entre les parents et le personnel soignant.
- Difficulté d'obtenir des examens complémentaires urgents (manque de matériels, pannes techniques...).
- Le non-respect de la hiérarchisation de soin, la majorité des malades se présentent aux urgences même si le cas ne requiert pas des soins d'urgence.
- Difficulté d'accès aux dossiers et fiches médicales des patients qui reconsultent notamment pendant la garde.
- Importance de la prise en charge psychologique de l'enfant et de son accompagnateur.
- Absence de moyens d'imagerie de pratique courante au sein de la structure.
- Engorgement de service des urgences par les consultations programmées 02jours par semaines (les hospitalisations du jour).
- Manque d'équipement médico-technique (scope, oxymètre, électrocardiogramme...)
- Absence de moyens de distraction au niveau des deux salles d'attentes.
- Non adaptation de la structure à la réception des urgences.
- L'infirmier du PU de pédiatrie est surpassé par une activité supplémentaire, en plus de celle des urgences car il prodigue des soins pour les malades des consultations spécialisés (Béta- thalassémiques, biothérapie) qui devraient se faire en hôpital du jour indépendamment du PU de pédiatrie.

Proposition

6 Propositions

Différentes mesures sont possibles pour améliorer l'organisation de service des urgences :

- La réalisation d'un box d'accueil et d'orientation qui doit être fonctionnel jour et nuit.
- Adopter un système de tri, ou codes en fonction de degré de l'urgence où l'infirmier va jouer un rôle.
- Vérification des équipements au niveau du service des urgences notamment le matériel de réanimation.
- Informatisation des dossiers au niveau des urgences, chaque box de consultation doit se doter d'un ordinateur.
- Améliorer la communication entre le secteur libéral et le service d'urgence afin d'assurer la continuité des soins. Un échange téléphonique préalable entre le médecin adressant et le service d'urgence peut permettre à la fois d'assurer un meilleur échange d'informations qu'une lettre, mais aussi de trouver une entente sur la conduite à tenir, évitant ainsi de discréditer le médecin aux yeux des parents.
- Mise en place d'une campagne d'informations, à travers des affiches et vidéos largement diffusées, sur des thèmes tels que : fièvre, diarrhée, gêne respiratoire.
- Les malades chroniques admis dans le cadre de consultations programmées doivent être gérés au niveau du service.
- Individualisation de la salle de déchoquage et de celle des soins.
- Spécialiser un infirmier responsable aux évacuations.
- Diminuer la charge du travail en extériorisant les consultations spécialisées.
- Renforcer l'équipe médicale et paramédical jour et nuit afin de maîtriser l'urgence et prodiguer de bons soins.
- Assurer le transfert des bilans par un agent de service

Conclusion

Conclusion :

Tout au long de son parcours professionnel, chaque infirmier est amené à rencontrer des situations d'urgence. Pour assurer cette prise en charge spécifique ce dernier est capable de s'adapter et réaliser les gestes techniques nécessaires face à la détresse d'un patient (47).

Le service des urgences est pour le moins un service stressant où les soignants doivent allier rapidité, soins techniques et soins relationnels(48). Pour surmonter ces différentes sources potentielles de souffrance de fatigue ou de stress, l'infirmière met en œuvre, le plus souvent en relation avec ses collègues et les autres membres de l'équipe, un travail sur ses propres émotions et ses représentations (49).

L'objectif de l'enquête que nous avons menée auprès de la clinique Mère-Enfant de Bejaia est d'identifier les difficultés rencontrées par l'infirmier lors de la prise en charge des urgences pédiatrique sur une période courte de 01Avril 2022 jusqu'à 30 Avril de la même année.

L'Infirmier est le chef d'orchestre d'une partition écrite par le médecin, par prescription ou protocole de service, par l'intermédiaire d'une régulation, ou encore en équipe sur le terrain. L'urgence est un lieu choisi pour exprimer l'art de prendre soin, que l'infirmier soit libéral ou à l'hôpital. (50)

L'étude a montrée que la moitié des consultants ayants des consultations simples, et la pluparts des cas ont un diagnostic retenus.

Bibliographies

1. Bénédicte B. Urgences: plus du quart des passages concernent les enfants de moins de 15 ans. [Internet] [DREES]. 2019. Disponible sur: www.data.drees.sante.gouv.fr
2. Scandella J. Impact d'un avis médical initial sur la gravité et la trajectoire de soin des enfants aux urgences pédiatriques de périgieux. 2015.
3. Coulibaly M. Urgences pédiatriques à l'hôpital Gabriel Touré. Bamako; 2005.
4. Devictor D, Cosquer M, Saint-Martin J. L'accueil des enfants aux urgences: résultats de deux enquêtes nationales «Un jour donné ». 1997; (Arch Pediatr):4:21-6.
5. Cresson G. Urgences comme révélatrices des asymétries et paradoxes dans la relation parent soignant. 1999; (Arch Pediatr):6(suppl2):S448-50.
6. Ouologuem B. Epidémiologie des urgences Pédiatriques au service des urgences-réanimations de l'H.G.TBKO. 1996.
7. Pascal. Urgences pédiatriques Quelles spécificités? Groupe hospitalier du Havre. Adsp n:°52. 2005;68.
8. Baubeau D, Deville A, Joubert M. Les passages aux urgences de 1990 à 1998: une demande croissante de soins non programmés. 2000; (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques Etudes et Résultats):72: 1-8.
9. Massin M, Lepage P, Bauche P. Observations et réflexion sur la gestion des urgences pédiatrique en Belgique. 2002; (Rev Méd Liège):57: 591-598.
10. Boivin M. Référentiel IOA Infirmière organisatrice de l'accueil. Brain Storming. Paris; 2004.
11. Mercier J-C, Martinot A, Parez N, Titomanlio L, Carbajal R, Gras-Le-Guen C, et al. Métier-compétences pour la spécialité de médecine d'urgence pédiatrique. 2012;
12. Grimprel E. Les urgences en pédiatrie dans les hôpitaux d'enfants. 2013.
13. Robert M. Etat des lieux des consultations pédiatriques aux urgences, une enquête un jour donnée. 2019; (Bull acad natl méd):1127 41.
14. Bouhroum A. Quelle urgence pour notre système de soins? Laboratoire de la qualité des soins A.N.D.R.S. Université de Constantine Algérie.; 1998.
15. Fourestie V, Roussignol E, Elkharrat D, Rauss A, Simon A. Classification clinique des malades des urgences. Définition et reproductibilité. 1994; (Médecine thérapeutique/pédiatrie):2:573 578.
16. Glaa B. Contribution à la conception et à l'optimisation d'un système d'aide à la gestion des urgences. [Internet]. 2009. Disponible sur: <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-00359607>
17. Cheron G, Chabernaude JL, Dalmas S. Recommandations concernant la mise en place, la

gestion, l'utilisation et l'évaluation d'une salle d'accueil des urgences vitales pédiatriques. 2004;(Archive de pédiatrie):11(1):44-50.

18. Cohen L, Genisson C, Savary R-P. Les urgences hospitalières, miroir des dysfonctionnements de notre système de santé. 2017 [cité 26 mai 2020]; Disponible sur: http://www.senat.fr/rap/r16-685/r16-685_mono.html

19. Quinn A, Brunett P. Service versus education: finding the right balance: a consensus statement from the Council Of Emergency Medicine Residency Directors 2009 Academic Assembly « Question 19 » working group. 2009;(Acad. Emerg. Med):16 Suppl 2, S15-8.

20. Campergue G. La surcharge du service des urgences pédiatriques du CHU de Rouen. Etude épidémiologique descriptive des patients consultants pour des pathologies relevant de la médecine générale. Quel profil? Quelles solutions? [Internet]. 2018 [cité 20 juin 2020]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01978997>

21. Dieudonné TB. Les-determinants-du-delai-de-prise-en-charge-aux-urgences-dans-les-hpitaux-de-Kinshasa.[Internet]. Disponiblesur: https://www.memoireonline.com%2F11%2F13%2F7870%2Fm_Les-determinants-du-delai-de-prise-en-charge-aux-urgences-dans-les-hpitaux-de-Kinshasa-cas-de-16.html

22. Hoffenberg S, Hill MB, Houry D. Does sharing process differences reduce patient length of stay in the emergency department? 2001;(Ann. Emerg Med):38:533-540.

23. Claret P-G, Bobbia X, Richard P, Poher F, Coussaye J-E, de L. Surcharge du service des urgences: causes, conséquences et ébauches de solutions. 2014;(Annales françaises de médecine d'urgence):96 105.

24. Derame G, El Kouri D, Hamidou M, Carré E, Potel G. Les passages non justifiés au service d'accueil urgences. 2004;(La presse médicale):33(12):780 3.

25. : Travers D, Waller A, Katznelson J, Agans R. Reliability and validity of the emergency severity index for pediatric triage. 2009;(Acad Emerg Med):16(9) :843-9.

26. Roukema J, Steyerberg E, van Meurs A, Ruige M, van der Lei J, Moll H. Validity of the Manchester Triage System in paediatric emergency care. 2006;(Emerg Med J):23(12):906-910.

27. Beveridge R, Clarke B, Janes L, et al. L'échelle canadienne de triage & de gravité pour les départements d'urgence Guide d'implantation. 1999;(l'Association des médecins d'urgence du Québec (AMUQ)):1(3).

28. Wuerz R, Travers D, Gilboy N, Eitel D, Rosenau A, Yazhari R. Implementation and refinement of the emergency severity index. 2001;8(2) :170-6. Claret P-G, Segal N, Maignan M, Maillard-Acker C, Taboulet P, Carpentier F, et al. Le triage en structure des urgences: Société française de médecine d'urgence. 2014;4(3):196 200.

29. Hohenhaus S, Travers D, Mecham N. Pediatric Triage: A Review of Emergency Education Literature. 2008;(J Emerg Nurs.):34(4):308-13.
30. Cercley M. Echelle de tri des urgences pédiatriques du C.H.U. de Grenoble: un outil valide. [Internet]. La Faculté de Médecine de Grenoble; 2015. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01142436>
31. Gausche-Hill M, Fuchs S, Yamamoto L. APLS: The Pediatric Emergency Medicine Resource. Jones & Bartlett Learning. 2004. 828 p.
32. Courtois E, Carbajal R, Galeotti C. Enquête nationale sur les méthodes de triage aux urgences pédiatriques. 2015;(Ann. Fr. Med. Urgence):5 :3–8.
33. Gravel J, Fitzpatrick E, Gouin S, Millar K, Curtis S, Joubert G, et al. Performance of the Canadian Triage and Acuity Scale for children: a multicenter database study. 2013;(Ann Emerg Med):61(1):27-32.e3.
34. Warren D, Jarvis A, LeBlanc L, Gravel J, CTAS National Working Group, Canadian Association of Emergency Physicians, et al. Revisions to the Canadian Triage and Acuity Scale paediatric guidelines (PaedCTAS). 2008;(CJEM):10(3):224-43.
35. Bullard M, Chan T, Brayman C, Warren D, Musgrave E, Unger B. Revisions to the Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale (CTAS) Guidelines. CJEM. 2014;16(6) :485–9.
36. (Desmettre, Baron, Capellier, & Tazarourte, 2013/https://doc.rero.ch/record/328053/files/Travail_de_Bachelor_Berser.R_Dumas._A_FernandesBastist._M.pdf).
37. Article R.4311-3 du Code de la Santé Publique (CSP)
38. <http://www.icn.ch/fr> international council of nurse.
39. <https://www.em-consulte.com/article/659630/le-role-de-linfirmier-organisateur-de-laccueil-au-urgence>
40. <https://www.reseau-chu.org/article/urgences-pediatriques-prise-en-charge-du-nourrisson-a-ladolescent/#:~:text=La%20moiti%C3%A9%20des%20pathologies%20trait%C3%A9es,de%20moins%20de%202%20ans>.
41. http://campus.cerimes.fr/media/campus/deploiement/pediatrie/enseignement/detresse_respiratoire/site/html/1.html
42. <https://enasis.univ-lyon1.fr/clarolinepdfplayerbundle/pdf/300009>
43. <https://www.hopitalpourenfants.com/infos-sante/pathologies-et-maladies/les-enfants-et-les-infections-urinaires#:~:text=Chez%20les%20enfants%20un%20peu,sympt%C3%B4mes%20d'une%20infection%20urinaire>.
44. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6462364/#:~:text=La%20c%>

C3%A9tose%20diab% C3%A9tique%20est%20une,ou%20non%20% C3%A0%20une%20ac
idose.

45. <https://www.passeportsante.net/fr/Maux/Problemes/Fiche.aspx?doc=ictere-neonatal-definition-symptomes-traitements#:~:text=L'ict%C3%A8re%20n%C3%A9onatal%2C%20aussi%20appel%C3%A9,concentration%20sanguine%20de%20la%20bilirubine.>

46. <https://www.msdmanuals.com/fr/accueil/probl%C3%A8mes-de-sant%C3%A9-infantiles/sympt%C3%B4mes-chez-les-nourrissons-et-les-enfants/%C3%A9rptions-cutan%C3%A9es-chez-les-enfants#:~:text=Les%20%C3%A9rptions%20cutan%C3%A9es%20chez%20les,tous%20entra%C3%A9ner%20une%20%C3%A9rption%20cutan%C3%A9e>

47.)Hugus Lefort. L'urgence l'infirmier et le patient .la revue de l'infirmière .Novembre 2016 ; N°225.P :16. [

48. Painchaud Adrien. Urgence Infirmier cherche Expérience. Institut de Formation en Soins Infirmiers Centre Hospitalier Universitaire Rennes ;2012.

49. VIDAL Julie. Infirmiers aux urgences : « d'ouvriers du soin » à « professionnels de l'humain». Nice : Institut de Formation en Soins Infirmiers ; 2012.

50.)MarcLoriol. La fatigue, le stress et le travail émotionnel de l'infirmière. Prévenir[en ligne] ; 2001. pp.183-188

Annexes

Fiche technique :

N° :

1.
date...../...../.....

Arrivé aux urgences :
heure:.....

2. Délai d'attente:

30min	30min-01h	>01h

3. Moment de consultation:

Consultation aux heures ouvrables (08h-16h):

Service de garde(16h-08h) :

• Horaires de garde : 16H-20H 20H-00H 00H-08H

4. Tri de l'urgence: Urgence vrai Urgence ressentie

Simple consultation

Identification de l'enfant:

• Provenance : consultation direct Transféré Adressé

• Accompagnement : les deux parents La mère Le père Plus de deux personnes

• Sexe : masculin féminin

• Age:

• Motif de consultation:

La clinique:

Etat général : conservé moyen altéré Température : fébrile

apyrétique

Signes de déshydratation : absents présents Signes respiratoire : oui non

Signes cardiaque: oui non

Signes digestives: oui non

Signes neurologiques : oui non

Syndrome méningé: oui non

Signes cutanés : oui non

1. Autres :

Examens complémentaires:

➤ La biologie :

- 1.1. Bilan sanguin
- 1.2. Hémoculture
- 1.3. Bandelette urinaire
- 1.4. Ecbu :

➤ Radiologie: oui non type.....

Evacuation :

Avec :

Pris en charge par :

Gestes infirmier :

- Vois d'abord veineuse :
- Oxygénation :
- Transfusion sanguine :
- Sonde urinaire :
- Sonde gastrique :
- Hydratation :
- Positionnement :
- Libération des vois aériennes :
- Lavage gastrique :
- Electrocardiogramme :
- Mesure des paramètres vitaux :

Température :

Pouls :

TA :

Saturation d'oxygène :

Glycémie capillaire :

FC :

FR :

Nombre d'infirmier de garde :

Echelles dévaluation des douleurs :