

# LE CISSS DES LAURENTIDES

complice de votre santé

## VOLET PÉDIATRIE

SECTEUR URGENCE

Programme de formation des urgences  
du CISSS des Laurentides

DSIEC-DAPP



## Consignes à respecter

- ✓ Les cellulaires doivent être fermés durant la formation et utilisés pour urgence seulement
- ✓ Respect du formateur: lever la main si vous avez une question (utiliser une feuille blanche avec un point d'interrogation si vous êtes en visio-conférence et la lever devant la caméra)
- ✓ Respect du formateur et des autres: ne pas parler durant la formation avec un autre collègue, ni lorsque le formateur donne du contenu
- ✓ Respect de l'horaire et du temps alloué aux pauses et diner
- ✓ Aucun retard permis de plus 30 minutes: si retard, le formateur peut vous demander de retourner sur votre département
- ✓ Si comportement inapproprié ou inadéquat (manque de respect envers le formateur, non respect des consignes, nécessite de la discipline), le formateur peut vous demander de quitter.

# Compétences infirmières travaillant auprès d'une clientèle pédiatrique

- **Différences anatomiques, physiologiques et développementales** propres aux nouveau-nés, aux nourrissons, aux enfants et aux adolescents
- **Besoins propres à la croissance et au développement** des enfants aux prises avec une maladie chronique et de leur famille
- Donner des soins particuliers destinés à la clientèle en pédiatrie et favoriser leur santé dans un contexte familial
- **Communiquer efficacement avec les enfants et leur famille** en tenant compte des différences culturelles

# Compétences infirmières travaillant auprès d'une clientèle pédiatrique

- Pourvoir aux soins exceptionnels d'une clientèle pédiatrique blessée ou souffrant d'une maladie épisodique
- **Influences économiques, sociales, et politiques extérieures à la famille** et qui ont une incidence sur la santé et le développement des enfants en lien avec la dynamique familiale
- **Enjeux déontologiques, moraux et juridiques** en lien avec les enfants, les familles et les professionnels de la santé

# Soins en pédiatrie : une histoire de famille

- Relation de confiance avec la famille
  - **Source d'influence et de soutien** la plus constante dans la vie de l'enfant
- Famille joue un **rôle primordial auprès de l'enfant** qui se rétablit d'une maladie ou d'une blessure
- Soins visent la **satisfaction des besoins affectifs, sociaux, et développementaux** des enfants et des familles qui reçoivent des soins de santé
- Famille = **partenaire** de l'équipe soignante qui suit l'évolution de l'état de santé de l'enfant et qui participe aux décisions relatives à ses soins
- 5 • **Accroît la confiance et la compétence** de la famille

Une relation significative entre les infirmières et la famille peut influencer l'expérience de santé de l'enfant et sa famille.



SOINS AXÉS SUR LA FAMILLE

## Dispositions littéraires

- « Études et observations cliniques démontrent que la maladie d'un enfant peut créer du stress au sein de la famille et susciter une certaine désorganisation de celle-ci et que, de plus la dynamique familiale influe grandement sur l'évolution de la santé. »

(Duhamel, 1995)

- «La famille peut être une source de stress ou de soutien dans l'évolution d'une problématique de santé».

(Campbell, 1987; Duhamel, 1995)

## Dispositions littéraires

- « Il est donc primordial de bien comprendre le lien entre une problématique de santé et le contexte familial ou social du patient afin d'accroître l'efficacité des interventions infirmières. »

(Duhamel, 1995 p. 4)

- « La recherche nous a démontré une corrélation positive entre la participation des parents aux soins de l'enfant et le bien-être de l'enfant, une diminution du stress, du temps de séjour, de morbidité et des comportements perturbateurs »

(Kasper& Nyammathi, 1988)



## Besoins familiaux

- Informées et renseignées
- Réassurance
- Confiance envers le personnel
- Respect
- Soutien familial et social

Maximiser les **60 premières secondes** lors des rencontres:

- Faire un contact visuel avec l'enfant
- Démontrer un intérêt vis-à-vis la famille

## Règles d'or

Écouter le parent et  
l'enfant

Regarder l'enfant



## Le rôle de l'enseignement en pédiatrie

- Favorise l'efficacité des traitements
- Aider l'enfant et sa famille à faire des choix éclairés
- Aider les enfants à s'adapter au milieu hospitalier et les préparer aux interventions
- Apprendre aux parents à déceler les signes importants d'une maladie, de même qu'à lui prodiguer des soins appropriés

## Quelques conseils

### **Nourrisson : 0-6 mois**

Faire les soins dans les bras, poussette, siège/coquille, techniques invasives en dernier (TA, température rectale)

### **Tout-petit : 6 mois-2 ans**

Démonstration des soins sur parents/jouets, utiliser distraction visuelle, techniques invasives en dernier (TA, température rectale)

### **Pré scolaire : 3-5 ans**

Faire participer l'enfant, utiliser le jeu pour faire les soins, utiliser distraction visuelle, techniques invasives en dernier (TA, température rectale)

### **Scolaire et adolescent : 6-18 ans**

Respect de la vie privée

## Quelques spécifications

- L'enfant se tient la tête **vers 3 mois**
- Comprend des mots simples (oui, non, lait) vers **9 - 12 mois**
- Dit des mots (non, maman, papa) vers **9 -12 mois**
- La fontanelle antérieure se soude vers l'âge de **18 mois** et la fontanelle postérieure vers **2 mois**
- Court, monte et descend l'escalier, gribouille sur du papier, se déshabille seul, lance des balles **entre 12 à 24 mois**

# Lorsque vous serez expert...

Injection chez l'enfant



## Paramètres cliniques à évaluer

- Apparence générale
- Signes vitaux (FR, TA, FC, saturation, température)
- Évaluation de la circulation (remplissage capillaire)
- Douleur selon PQRSTU
- Poids en Kg
- Démarche (si applicable)
- Signes neurologiques
- Glycémie capillaire

# Triangle d'évaluation pédiatrique

## Apparence

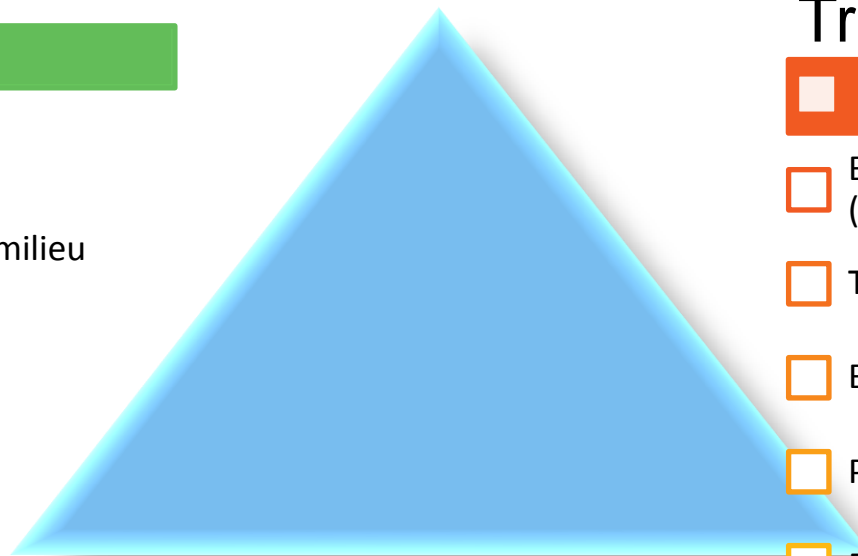


- Timbre de voix
- Interaction avec le milieu
- Consolable
- Regard
- Tonus
- État de conscience

## Travail respiratoire



- Battement des ailes du nez (BAN)
- Tirage
- Bruits anormaux
- Position anormale
- Rythme



## État circulatoire

« Circulation to skin »



- Rougeur
- Pâleur
- Marbrure
- Cyanose

## L'évaluation primaire

**A (Airway)** = Ouverture des voies respiratoires

**B (Breathing)** = Respiration

**C (Circulation)** = Circulation

**D (Disability)** = Désordre neurologique

**E (Exposure)** = Exposition à l'environnement, prévention de la perte de chaleur



## A (Airway) = Ouverture des voies respiratoires

### Que devons-nous observer?

- Vocalisations
- Obstruction avec la langue
- Œdème du visage, angioedème ou œdème périorbitaire
- Posture utilisée
- Hypersalivation
- Sons anormaux?

**Sons entendus à l'inspiration: significatif d'une obstruction des voies respiratoires supérieures**

**Sons entendus à l'expiration: significatif d'une obstruction des voies respiratoires inférieures**

# Position tripode



## Position opisthotonos



Source : Medscape, 2004

## B (Breathing) = Respiration

# Que devons-nous observer?

- Respiration spontanée ou non
- Niveau de conscience
- Rythme et amplitude respiratoire
- Symétrie du thorax
- Couleur de la peau
- Auscultation pulmonaire

**Le nourrisson respire exclusivement par le nez jusqu'à l'âge d'environ 3 mois**

## B (Breathing) = Respiration

- Distension des veines jugulaires
- Respiration paradoxale
- Intégrité des tissus mous
- Mesure de la saturation en O<sub>2</sub>


**Cible thérapeutique :**  
plus grand ou égal à  
**94%**

**Si moins de 1 an :  
changer l'embout du  
saturomètre  
pédiatrique q4h →  
risque de brûlure.**



Source : <https://lajoliemaison.fr/comparatif/le-meilleur-oxymetre-de-pouls/>

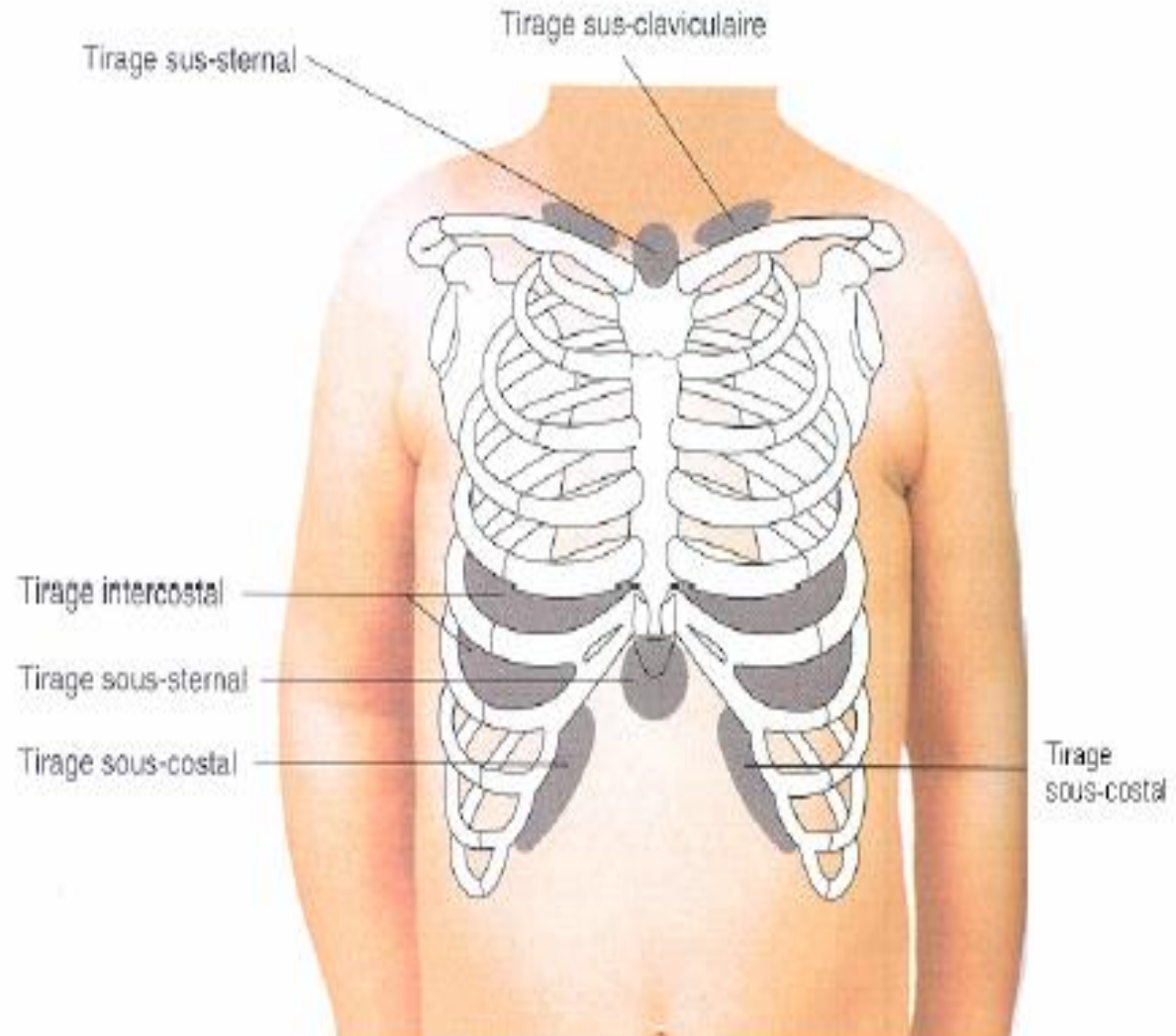
## Signes cliniques d'un problème respiratoire

- Battement des ailes du nez (BAN)
- Tirage
- Mouvement de tête à la respiration
  - Head Bobbing 
- Râles expiratoires
- Utilisation des muscles accessoires

## Tirage

### Localisation:

- Sous costal
- Intercostal
- Supra-claviculaire
- Sous-sternal
- Supra-sternal
- Généralisé



Son	Caractéristiques	Explications	Exemples
<b>Crépitants</b>	Bruits doux, de haute tonalité, brefs et intermittents, non modifiés par la toux ou le changement de position Perçus surtout en <b><u>fin d'inspiration</u></b> Ressemblent aux crépitations d'un feu, cheveux...	Bruits de turbulence provoqués par la percussion de l'air en contact avec les sécrétions présentes dans les alvéoles	Pneumonie (perçus dans le lobe atteint)
<b>Ronchi</b>	Sons forts, de basses tonalités, modifiés par la toux ou le changement de position Perçus à <b><u>l'inspiration</u></b> et à <b><u>l'expiration</u></b>	Bruits de turbulence provoqués par la percussion de l'air en contact avec les sécrétions présentes dans les bronches	Bronchite Asthme allergique Bronchiolite
<b>Sibilants</b>	Bruits musicaux de haute tonalité Perçus à l'inspiration et à l'expiration, mais débutant généralement à <b><u>l'expiration</u></b>	Rétrécissement des voies aériennes, bronchoconstriction	Asthme Œdème Sécrétions Masse, tumeur, corps étranger
<b>Wheezing</b>	Bruit extra pulmonaire Perçu sans stéthoscope Respiration sifflante <b><u>Audible à l'oreille</u></b>	Indiquent des voies aériennes qui sont rétrécies ou partiellement obstruées	Asthme
<b>Stridor</b>	Bruit extra pulmonaire Perçu à l'inspiration <b><u>Audible à l'oreille</u></b>	Rétrécissement des voies aériennes au niveau du cou tel la trachée ou le larynx	Épiglottite Laryngite



## La saturation en oxygène

Important dans les cas cliniques suivants:

- Apnée du nourrisson
- Altération de l'état de conscience
- ALTE (**A**pparent **L**ife **T**hreatening **E**vent)
- Asthme, bronchiolite (ou tout autre problème respiratoire)
- Électrisation
- RGO
- Fracture (membre affecté)

## ALTE (Apparent Life Threatening Event)

- N'est pas un diagnostic mais un groupe de symptômes
- Malaise grave du nourrisson
- L'inf. peut craindre que l'enfant soit mort ou que sa vie soit en danger.
- Met en jeu le pronostic vital :
  - ❑ Apnée
  - ❑ Changement brutal de couleur ou de tonus musculaire
  - ❑ Toux
  - ❑ Vomissements
  - ❑ Étouffement

**Se produit généralement  
chez l'enfant de moins de 1  
an avec un pic d'incidence  
de 10 à 12 semaines**

## Interventions infirmières

- Position de confort pour faciliter la respiration et réduire l'anxiété
- Fournir un support en oxygène PRN
- Utilisation du PRAM (âgé de moins de 14 ans)



# A TITRE INDICATIF

Tableau de codification du score PRAM

Paramètres	Description	Score	
Saturation O <sub>2</sub>	≥ 95%	0	
	92-94%	1	
	< 92%	2	
Tirage sus-sternal	Absent	0	
	Présent	2	
Contraction des muscles scalènes	Absente	0	
	Présente	2	
Murmure vésiculaire (MV) *	Normal	0	
	↓ à la base	1	
	↓ à l'apex et à la base	2	
	Minimal ou absent	3	
Sibilances †	Absentes	0	
	Expiratoires seulement	1	
	Inspiratoires (± expiratoires)	2	
	Audibles sans stéthoscope ou absentes (MV minimal ou absent)	3	
<b>Score PRAM :</b> (max. 12)			
<b>Score</b>	0-3	4-7	8-12
<b>Sévérité</b>	Légère	Modérée	Sévère

© Ducharme 2000

**Score 0-3** : Détresse légère

**Score 4-7** : Détresse modérée

**Score 8-12** :  
Détresse sévère

Détresse respiratoire modérée ou sévère (PRAM doivent être dirigés vers une prise en charge médicale et infirmière ( RÉA, observation, ZER...))

\* En cas d'asymétrie, la plage pulmonaire (apex-base) la plus sévèrement affectée (droite ou gauche, antérieure ou postérieure) déterminera la cote pour ce critère.

† En cas d'asymétrie, les deux foyers d'auscultation les plus affectés, où qu'ils soient (LSD, LMD, LID, LSG, LIG), détermineront la cote pour ce critère.

## C (Circulation) = Circulation

# Que devons-nous observer?

- Pouls périphérique et central
  - Enfants de moins de 2 ans : palpation au **niveau brachial** → indications sur la qualité (bien frappé ou non) du pouls central.
  - Fréquence du pouls doit être contrôlée à l'**apex** à l'aide d'un stéthoscope.
  - Enfants de plus 1 an : **pouls carotidien** peut être évalué
  - Tout groupe d'âge : **pouls fémoral** peut être évalué

## C (Circulation) = Circulation

- État de la peau et des téguments
- Temps de remplissage capillaire  $\leq 2$  secondes
- Saignement apparent



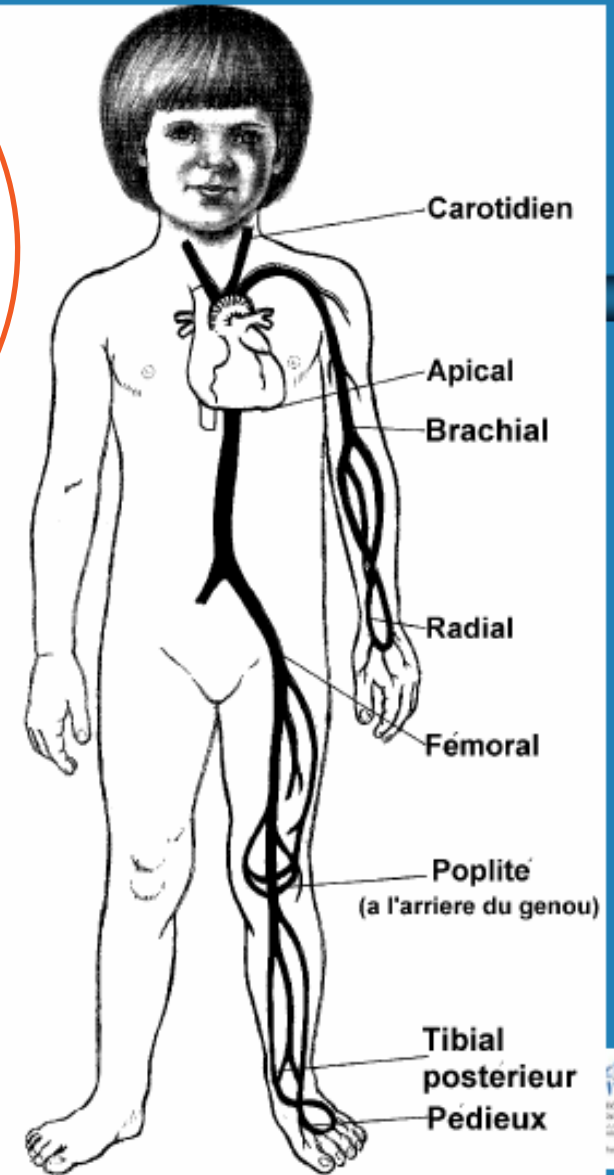
<https://www.laerdal.com/fr/products/simulation-training/obstetrics-paediatrics/simbaby/>

## Fréquence cardiaque

- Pouls apical pour les enfants de 3-4 ans et moins
- Enfants ayant un problème cardiaque
  
- Monitoring déterminé selon une ordonnance médicale ou selon le jugement clinique de l'infirmière

Observer  
la  
fréquence  
cardiaque  
durant 60  
secondes

Apical:  
ligne  
médioclaviculaire  
au 5<sup>e</sup>  
espace  
intercostal



## D (Disability) = Désordre neurologique

# Que devons-nous observer?

- **L'état neurologique** est déterminé par l'évaluation du niveau de conscience de l'enfant en fonction de l'âge du développement.
- **L'AVPU** combiné à **l'évaluation des pupilles** nous permettent d'avoir une idée rapide de l'état neurologique de l'enfant



**A=Alerte** et éveillé

**V**=Répond aux stimuli **verbaux**

**P**=(**Pain**) Répond seulement aux stimuli douloureux

**U**=(**Unresponsive**) Inconscient

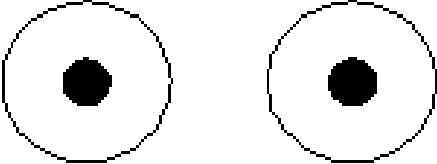
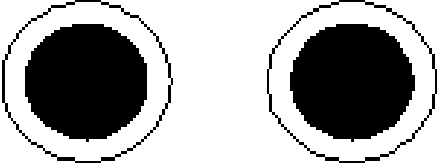
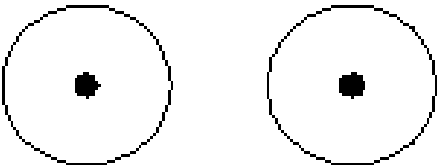
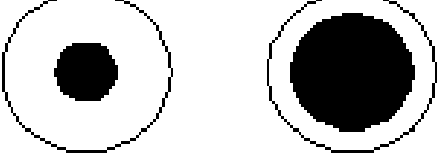
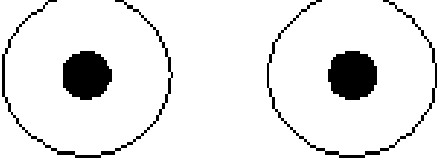


# Pupilles

- Rondes
- Contour régulier
- Toute déformation d'une ou des 2 pupilles doit être signalée et notée

P	Pupilles
E	Égales
R	Rondes
R	Réactives
L	Lumière
A	Accommodation

## Exemples d'anormalités

Morphologie des pupilles	Réactions pupillaires et correspondance clinique
	<p><b>Normalité</b></p>
	<p><b>Mydriase</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Hypoxie profonde</li><li>• Compression du nerf crânien III</li></ul>
	<p><b>Myosis ou (tête d'épingle)</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Lésion du tronc cérébral</li><li>• Narcotique</li></ul>
	<p><b>Asymétrie pupillaire ou mydriase unilatérale</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Gouttes topiques</li><li>• Compression du nerf crânien III</li></ul>
	<p><b>Pupilles moyennes fixes</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Lésion du tronc cérébral</li></ul>

## E (Exposure) = Exposition à l'environnement

- **Attention à la perte de chaleur**
- Dêvêtir l'enfant
- Un contrôle de la T° est impératif. Prise de **température rectale** pour :
  - Enfants de **moins de 5 ans**
  - Déficience intellectuelle
  - Enfant inconscient (**aire de choc**)
  - Chirurgie buccale récente

Contre-indication à une prise de T°R :  
- affection à l'an<sup>s</sup> ou du rectum  
- des traitements de chimiothérapie.

À cause des risques inhérents de déchirure de la muqueuse anale, de saignement et d'infection.

# La température

## Naissance à 2 ans

- Rectale indiquée (sauf si neutropénique)

## Entre 2 à 5 ans

- 1<sup>er</sup> choix : Rectale indiquée (sauf si neutropénique)
- 2<sup>e</sup> choix: buccale si bien effectuée ou dans une situation = ou – requise (ex: fracture / TCC)

## Plus de 5 ans

- 1<sup>er</sup> choix : Orale
- 2<sup>e</sup> choix: Axillaire, rectale (si tachycardie inexplicquée ou si buccale impossible)

# La température

Méthode utilisée	Plage de température normale
Rectale	36,6 °C à 38,0 °C (97,9 °F à 100,4 °F)
Buccale	35,5 °C à 37,5 °C (95,9 °F à 99,5 °F)
Axillaire	34,7 °C à 37,3 °C (94,5 °F à 99,1 °F)
Tympanique	35,8 °C à 38,0 °C (96,4 °F à 100,4 °F)

## TEMPÉRATURE (FIÈVRE) ÉLEVÉE :

- Par voie rectale : si la température est  $\geq 38.1^{\circ}$  C, selon le Mieux-Vivre 2017
- Par voie orale : si la température est  $\geq 38.0^{\circ}$  C.
- **Chez les enfants de 3 mois et moins : si la température rectale est  $\geq 38.0^{\circ}$  C.**

## Enseignement aux parents

< 3 mois :  
consultation  
d'emblée

- Prise de T° régulière (q4h)
- Déshabiller l'enfant (sauf nouveau-né) : ne pas trop découvrir
- Évitez les bains chauds
- Acétaminophène selon poids (15mg/kg), q4-6h
- Ibuprofène selon recommandations du pharmacien (10mg/kg), q6-8h (si plus de 6 mois)
- Faire boire, bien hydrater pour éviter la déshydratation (encourager l'allaitement si applicable)
- Surveiller la présence d'autres symptômes
- Consulter le médecin si aucune amélioration après 72 heures

## Signes de choc septique

Tachycardie

AEC

TRC ↑

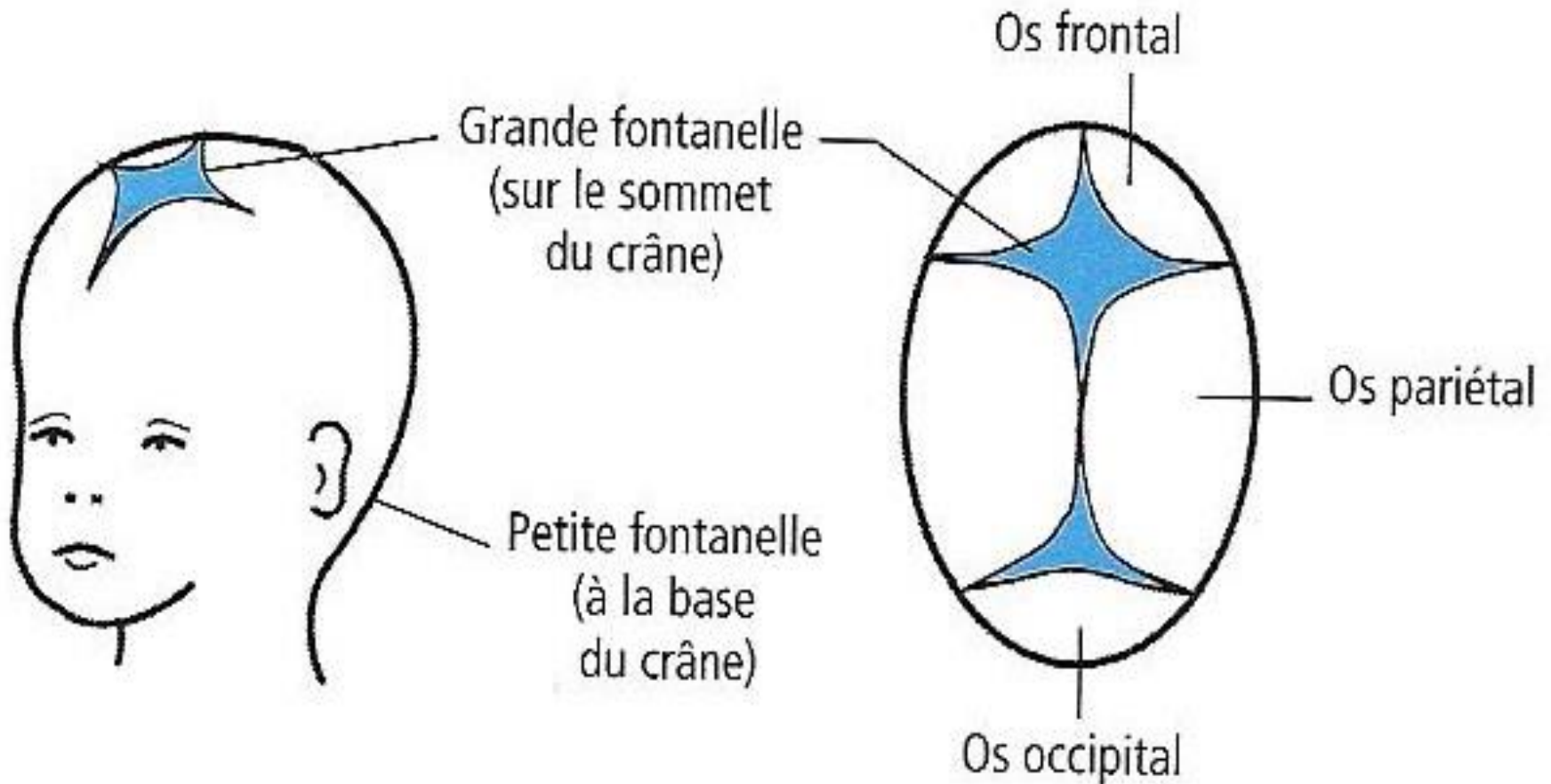
Pouls distaux faibles

Hyperthermie

Extrémités froides

- Évaluer systématiquement les pétéchie, purpura, les fontanelles et la raideur de nuque
- Évaluer la déshydratation

# Évaluation des fontanelles





## Interventions infirmières

- Maintenir une température ambiante chaude et contrôlée
- Enfants avec fièvre:
  - Retirer les couvertures excédantes
  - Administrer des antipyrétiques selon l'O.C.
  - Contrôler la glycémie



Source: <https://www.pulmolab.com/images/8101.jpg>

# Glycémie capillaire chez l'enfant

**Hyperglycémie si  
glycémie >10mmol/L**

- Il faut traiter l'hyperglycémie en utilisant le protocole de votre établissement, s'il y a lieu
- Aviser le médecin

**Niveau de glycémie ciblé  
en pédiatrie entre  
4 et 10 mmol/L**

- Glycémie à jeun/préprandiale = 4,0 – 8,0 mmol/L
- Glycémie postprandiale (2 heures) = 5,0 – 10,0 mmol/L

**Hypoglycémie si résultat  
< à 3,9mmol/L**

- Il faut traiter l'hypoglycémie en utilisant le protocole de votre établissement s'il y a lieu
- Aviser le médecin.

## Traitement des hypoglycémies : exemple de référence au CHU Ste-Justine

Glycémie capillaire	Interventions
< 4 mmol/L	4 oz de jus ( 120 ml)
<2,5 mmol/L	2-4 oz de jus(60-120 ml) + 1 sachet de sucre
Symptômes importants entre 4-5 mmol/L	4 oz de lait (120 ml)

Vérifier glycémie 15 min après

Répéter le protocole si glycémie < 4 mmol/L

Si glycémie > 4 mmol/L donner repas ou collation ( 2 biscuits et 4 oz de lait)

## L'évaluation secondaire

**F=** (Full set of Vital Signs) **Signes vitaux**, (Family Presence) **Famille**

**G=** (Give Comfort Measures) Gestion de la **douleur**

**H=** (History) **Histoire complète**, (Head To Toes) Examen de la tête aux pieds.

**I=** (Inspect Posterior Surfaces) **Inspecter** le dos (trauma)

# F = Full set of vital signs / Signes vitaux

## Tension artérielle: Étape incontournable

- Grosseur du brassard utilisé peut influencer la qualité de la lecture obtenue
- Couvrir au moins la moitié jusqu'au 2/3 du bras, de la cuisse, ou du mollet chez l'enfant

**TA au bras sera plus élevée qu'aux membres inférieurs**  
**TA est considérée limite lorsque  $\leq 70\text{mmHg} + (2 \times \text{âge})$**   
**0-1 an l'âge = 0**

- Mécanismes de compensation très efficaces chez l'enfant
- Détérioration et récupération rapides
- Pleurs et agitation peuvent faire augmenter la tension artérielle

# Tension artérielle

- Faire en dernier si l'état de l'enfant le permet : procédure désagréable
- Faire rapidement si évaluation primaire vous inquiète
- Si vous jugez qu'une TA doit être prise suite à votre évaluation, vous devez la prendre via moniteur cardiaque afin d'avoir la TAM (chez les nourrissons)
- Si TA non-pertinente ou inutile, noter remplissage capillaire

Âge	FC (éveillé) (batt./min)	FC (endormi) (batt./min)	Fréquence respiratoire (resp./min)	TAS (mm Hg)	TAD (mm Hg)	TAM (mm Hg)
Nouveau né (96 h)	100-205	90-160	-	67-84	35-53	45-60
1 à 12 mois	100-180	90-160	30-53	72-104	37-56	50-62
1 à 2 ans	98-140	80-120	22-37	86-106	42-63	49-62
3 à 5 ans	80-120	65-100	20-28	89-112	46-72	58-69
6 à 11 ans	75-118	58-90	18-25	97-120	57-80	66-79
12 à 15 ans	60-100	50-90	12-20	110-131	64-83	73-84

## Mesure des paramètres cliniques

- Mesure minimale: q 4 heures
- Avant et après l'administration d'un médicament qui modifie les fonctions cardiovasculaires et respiratoires ainsi que la régulation de la température
- Lorsque l'état physique général de l'enfant change (ex: chute accidentelle, intensité de la douleur, sibilants)
- Chaque fois que l'enfant ou les parents signale au personnel infirmier des symptômes non spécifiques de malaise physique

# Résumé : Examen complet



## Examen primaire

**A**= Airway  
**B**= Breathing  
**C**= Circulation  
**D**= Disability  
**E**= Exposure

## Examen secondaire

**F = Full set of vitals**  
TA  
Pouls  
FR  
SpO2  
Poids

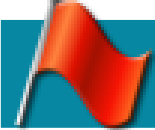
**G = Give comfort**  
Évaluer la douleur / 10  
Central vs périphérique /  
Aigüe ou chronique  
PQRSTU

**I = Inspect posterior surfaces**  
(dos / trauma / PEM)

## **H = Histoire complète / Raison de consultation**

C= (Chief complaint) Raison de consultation  
I= Isolation  
I= Immunisation  
A= Allergies  
M= Médication  
P= Passé médical / ATCD  
E= Événements  
D= Dernier repas + I/E  
S= Symptômes associés





## Priorité pédiatrique (red flag)

<b>A. Ouverture des voies respiratoires</b>	Apnée, étouffement, hypersalivation, bruits respiratoires audibles, posture tripode.
<b>B. Respiration</b>	Grognement, tirage, enfoncement du sternum, respiration irrégulière, rythme respiratoire > 60/min ou < 20/min chez les enfants de moins de 6 ans, absence de bruits respiratoires à l'auscultation, cyanose
<b>C. Circulation</b>	Peau froide et humide, tachycardie, bradycardie, fréquence cardiaque >200 batt/min. ou <60batt/min., hypotension, pouls périphérique diminué ou absent, absence de larmes, yeux creux.
<b>D. État neurologique</b>	Niveau de conscience altéré, inconsolable, fontanelle bombée ou creuse.
<b>E. Exposition à l'environnement</b>	Pétéchies, purpura, signes et symptômes d'abus
<b>F. Signes vitaux</b>	Hypothermie vs hyperthermie chez les enfants de moins de 3 mois (>38°C), Rester alerte chez les enfants ayant une température de plus de 40°C
<b>G. Confort</b>	Douleur sévère, pleurs/cris inconsolables
<b>H. Histoire</b>	Histoire de maladie chronique ou de crise familiale qui revienne visiter l'urgence pour une 2 <sup>e</sup> fois en 24 heures.

# MISES EN SITUATION

## Bébé Charlotte

- 6 mois
- Présentait dyspnée à domicile

Quels éléments évaluerez-vous lors de votre tournée pour compléter l'évaluation du système cardiovasculaire et respiratoire?



## Bébé Samuel

- 28 jours
- Épisodes de pâleur et de perte de tonus



Comment dirigez-vous votre  
entrevue et de quelle façon  
évaluez-vous l'enfant?

# LA DOULEUR

## L'évaluation de la douleur

### Objectifs de l'évaluation de la douleur :

- Faciliter l'argumentation d'un traitement et définit le niveau antalgique nécessaire
- Permettre de suivre l'efficacité ou non du traitement
- Permettre de suivre l'évolution de la douleur
- Permettre une meilleure prise en charge de la douleur

## Reconnaître la douleur

Dès la naissance, la douleur témoigne d'une pathologie ou peut être provoquée par les gestes médicaux et infirmiers, qu'ils soient diagnostiques ou thérapeutiques.

Expression de la douleur varie : âge, langage et comportement.

Comme chez l'adulte, on peut distinguer des douleurs aiguës ou chroniques, nociceptives et/ou neuropathiques.

**L'enfant en douleur ne présente pas toujours de l'agitation motrice**

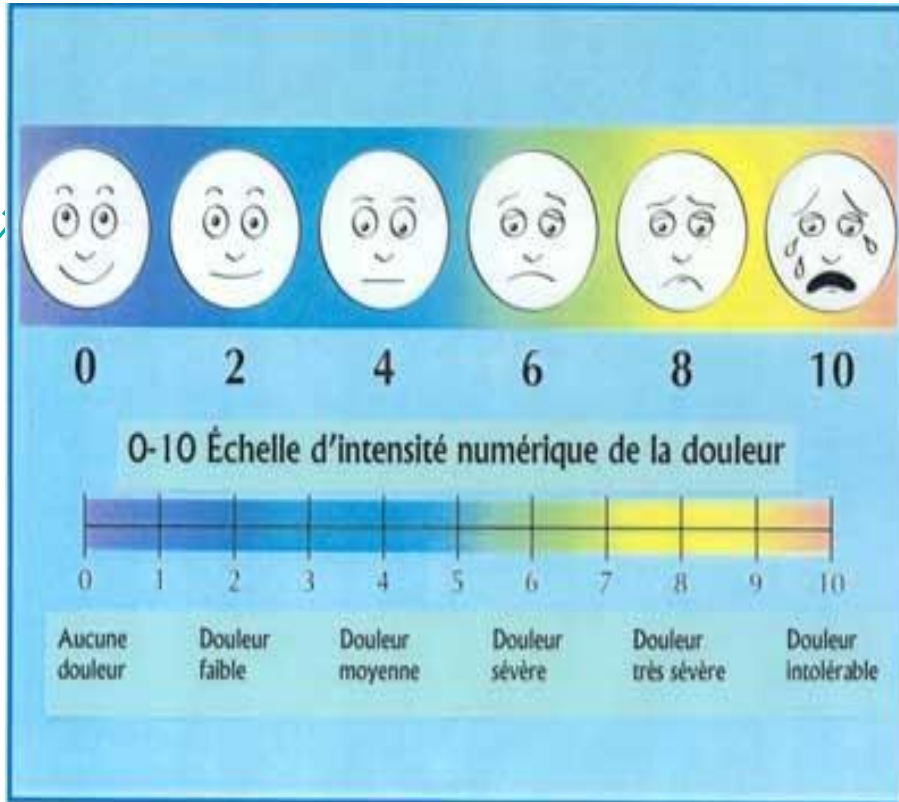
## Évaluation de la douleur chez l'enfant

- PQRSTU
- Utiliser une échelle adaptée à l'âge de l'enfant
- Prendre les paramètres physiologiques en considération

**«QUELS SONT LES SIGNES DE  
DOULEUR OBSERVABLES CHEZ  
L'ENFANT?»**



# Échelles de douleur – À titre informatif seulement



Wong-Baker

JOUR, HEURE	Avant le soin	Pendant le soin	Après le soin
<b>REponses FACIALES</b>			
<b>0 : calme</b> <b>1 : Pleurnichie avec alternance de fermeture et ouverture douce des yeux</b> Déterminer l'intensité d'un ou plusieurs des signes suivants : contraction des paupières, froncement des sourcils ou accentuation des sillons naso-labiaux : <b>2 : - légers, intermittents avec retour au calme</b> <b>3 : - modérés</b> <b>4 : - très marqués, permanents</b>			
<b>MOUVEMENTS DES MEMBRES</b>			
<b>0 : calmes ou mouvements doux</b> Déterminer l'intensité d'un ou plusieurs des signes suivants : pédalage, écartement des orteils, membres inférieurs raidés et surélevés, agitation des bras, réaction de retrait : <b>1 : - légers, intermittents avec retour au calme</b> <b>2 : -modérés</b> <b>3 : - très marqués, permanents</b>			
<b>EXPRESSION VOCALE DE LA DOULEUR</b>			
<b>0 : absence de plainte</b> <b>1 : gémit brièvement. Pour l'enfant intubé : semble inquiet</b> <b>2 : cris intermittents. Pour l'enfant intubé : mimique de cris intermittents</b> <b>3 : cris de longue durée, hurlement constant. Pour l'enfant intubé : mimique de cris constants</b>			

Échelle de DAN (Douleur aiguë du nouveau-né)

## Quand évaluer?





L'évaluation doit être  
systématique et  
régulière

- Dès l'arrivée
- Dès le réveil
- Lors d'une douleur subite et sévère associée à une altération des autres signes vitaux
- Lorsque la douleur provient d'un site relié ou non à la maladie ou à une intervention
- Lors de l'administration d'un analgésique / selon le protocole de surveillance

**Selon le jugement clinique de l'infirmière**

## Comment prévenir la douleur

- Expliquer à l'enfant et sa famille le déroulement du soin
- Choisir si possible le moment le plus propice pour le soin
- Éléments de distraction
- Regrouper les activités douloureuses

Signes	Procédures	Significations
Recherche de la défense musculaire	Palpation légère de la musculature abdominale : demander à l'utilisateur de prendre une longue inspiration	Indication probable d'irritation péritonéale
Blumberg (décompression brusque)	Tenir la main à un angle de 90°, descendre en palpation profonde, mettre l'index et le majeur en position verticale, attendre 3 secondes puis relâcher rapidement	Inflammation du péritoine Pancréatite
<a href="#">Murphy</a> 	Rebord costal droit à la ligne médio-claviculaire lors de l'inspiration profonde contre résistance	Cholécystite aiguë
Point de McBurney	En palpation, profonde ou superficielle, au 1/3 inférieur du QID	Appendicite
<a href="#">Rovsing</a> 	Douleur au QID au moment de la décompression brusque du QIG	Appendicite
<a href="#">Psoas</a> 	Placer votre main sur la cuisse D en créant une résistance, et demander au patient de soulever la jambe	Appendicite (à droite)
<a href="#">Obturateur</a> 	Relever la jambe D du patient à un angle de 90° par rapport à la hanche et plier le genou D à un angle de 90° par rapport à la jambe, en effectuant lentement une rotation interne de la hanche	Appendicite (à droite)

## Quels signes de déshydratation pouvons-nous observer chez l'enfant?



# Signes de déshydratation

Muqueuses  
sèches

Langue  
blanchâtre

Soif intense

Yeux cernés  
et/ou creux

Absence de  
larmes

Peau sèche,  
pâle, grisâtre  
ou marbrée

Persistance  
du pli cutané

Diminution  
des urines ou  
anurie

Urines plus  
foncées et  
odorantes

Perte de poids

Diminution de  
l'énergie

Irritabilité

Fatigue

Somnolence

Fontanelle  
déprimée

**SV anormaux**

- Température élevée
- Pouls élevé
- FR augmentée

**Tonus pauvre**

# TECHNIQUES DE SOINS EN PÉDIATRIE

## Aspiration des sécrétions



- Utilisée chez les nourrissons et les jeunes enfants (0 à 5 ans)
- Poire utilisée chez le nouveau-né pour l'aspiration des sécrétions buccales
  - Aspirer d'abord la bouche
  - Aspirer le nez en 2<sup>e</sup>
- Aspirer les sécrétions 20 min. avant le repas ou le boire (↓ risque de vomissements)



# Instillation nasale

## Votre enfant est congestionné....

Comme le nourrisson de moins de 6 mois ne respire que par le nez, il est important de s'assurer que son nez soit toujours bien dégagé. Si le nez est bouché, le bébé peut avoir de la difficulté à téter et présenter des symptômes au moment des boires (ex. : toux, étouffement). La congestion nasale peut aussi nuire à son sommeil.

La congestion nasale peut être présente chez l'enfant plus âgé lors de rhume ou d'infections des voies respiratoires telles que la bronchiolite.

L'instillation nasale est alors recommandée afin de libérer les voies respiratoires du nouveau-né ou de l'enfant incapable de se moucher efficacement.

## Recette de la solution saline

- Dans un contenant de verre, mélanger 2,5 ml (½ c. à thé) de sel de table dans 240 ml (8 oz.) d'eau bouillie refroidie
- Utiliser la solution saline à la température de la pièce.
- Conserver la solution saline 24 heures à la température de la pièce et 3 jours au réfrigérateur.

Il est aussi possible de se procurer la solution saline, les seringues et les mouches-bébés en pharmacie.

## Vous aurez besoin...

- Une serviette propre, une couverture;
- Une seringue sans aiguille (grosueur selon le nombre de millilitres à administrer);
- Solution saline;
- Papier-mouchoir.

## Comment effectuer l'instillation nasale

- Se laver les mains;
- Préparer la solution saline dans la seringue (la dose sera précisée par l'infirmière);
  - 1 ml □ 3 ml □ 5 ml □ 10 ml
- Pour le bébé de moins d'un mois, l'installer sur le dos;
- Pour le bébé de plus d'un mois, le coucher sur le côté, le dos collé contre votre ventre. Au besoin, emmailloter l'enfant dans une couverture pour l'immobiliser;
- Placer une serviette sous la tête de l'enfant;
- Appliquer le bout de la seringue sur le bord d'une narine afin d'envoyer la solution saline dans la narine de l'enfant. Ne pas insérer profondément. La solution saline devrait s'écouler par l'autre narine. Essuyer avec un papier-mouchoir;
- Tourner l'enfant de l'autre côté et répéter la procédure avec l'autre narine;
- Laver la seringue à l'eau chaude et l'essuyer.

À répéter au besoin,  
si présence de sécrétions

## Quand effectuer l'instillation nasale

- Avant les boires ou les repas;
- Avant le coucher pour faciliter le sommeil;
- Au réveil;
- Chaque fois que l'encombrement nasal crée un inconfort ou une respiration difficile (maximum : 6 fois jour).

Il est également possible d'utiliser quelques gouttes de Salinex® durant la journée pour liquéfier les sécrétions.



Bien se laver  
les mains après avoir  
soigné l'enfant

## Toilette nasale (flush)

Effectuer :

- Avant les boires ou les repas
- Avant le coucher pour faciliter le sommeil
- Au réveil
- Chaque fois que l'encombrement nasal crée un inconfort ou une respiration difficile  
**(maximum 6x/jour)**

Toilette nasale



## Toilette nasale (flush)

- Prématuré: 1 mL par narine
- 1 à 6 mois: 3 à 5 mL
- 6 mois et +: 5 à 10 mL
  
- Solution saline doit s'écouler par l'autre narine
- Changer poire q 24h
- Rincer après chaque utilisation à l'eau chaude et laisser sécher

# Toilette nasale (flush)

## Qu'est-ce que la bronchiolite?

Infection virale aiguë qui se loge au niveau pulmonaire, plus précisément au niveau des bronchioles.

Elle apparaît généralement en hiver et au printemps chez les jeunes enfants. Elle est la cause la plus fréquente d'hospitalisation chez les enfants de moins d'un an et surtout chez les enfants souffrant d'une maladie chronique ou prématurés.

Elle est reliée au virus respiratoire syncytial (VRS) qui infecte les poumons et les voies respiratoires, mais peut également être associée à d'autres virus.

Cette maladie est contagieuse et se transmet facilement par les sécrétions

## Recette de la solution saline

- Dans un contenant de verre, mélanger 2,5 ml (½ c. à thé) de sel de table dans 240 ml (8 oz.) d'eau bouillie refroidie
- Utiliser la solution saline à la température de la pièce.
- Conserver la solution saline 24 heures à la température de la pièce et 3 jours au réfrigérateur.

**Il est aussi possible de se procurer la solution saline, les seringues et les mouches-bébés en pharmacie.**

## Vous aurez besoin...

- Une serviette propre, une couverture;
- Une seringue sans aiguille (grosueur selon le nombre de millilitres à administrer);
- Solution saline;
- Papier-mouchoir.

## Comment effectuer la toilette nasale

- Se laver les mains;
- Prélever la solution saline à l'aide d'une seringue sans aiguille :  
de 1 à 6 mois : de 3 à 5 ml  
6 mois et plus : de 5 à 10 ml
- Coucher l'enfant sur le côté, le dos collé contre votre ventre. Au besoin, emmailloter l'enfant dans une couverture pour l'immobiliser;
- Placer une serviette sous la tête de l'enfant;
- Appliquer le bout de la seringue sur le bord d'une narine et appuyer rapidement sur l'extrémité de la seringue afin d'envoyer la solution saline dans la narine de l'enfant. Ne pas insérer profondément. La solution saline devrait s'écouler par l'autre narine. Essuyer avec un papier-mouchoir;
- Tourner l'enfant de l'autre côté et répéter la procédure avec l'autre narine;
- Laver la seringue à l'eau chaude et l'essuyer.

**À répéter au besoin, si présence de sécrétions**

## Quand effectuer la toilette nasale?

- Avant les boires ou les repas;
- Avant le coucher pour faciliter le sommeil;
- Au réveil;
- Chaque fois que l'encombrement nasal crée un inconfort ou une respiration difficile (maximum : 6 fois/jour).

**Il est également possible d'utiliser quelques gouttes de Salinex® durant la journée pour liquéfier les sécrétions.**

## Bien se laver les mains après avoir soigné l'enfant



Vous pouvez vous référer à la vidéo du CSSS du Nord de Lanaudière au : [www.ciss-lanaudiere.gouv.qc.ca/documentation/videos/](http://www.ciss-lanaudiere.gouv.qc.ca/documentation/videos/)

## Toilette nasale / Aspiration des sécrétions

### Observations:

- Grognement audible à l'expiration
- Cyanose ou pâleur
- Essoufflement
- Dyspnée

# Planchettes pédiatriques



## Installation et fixation en pédiatrie

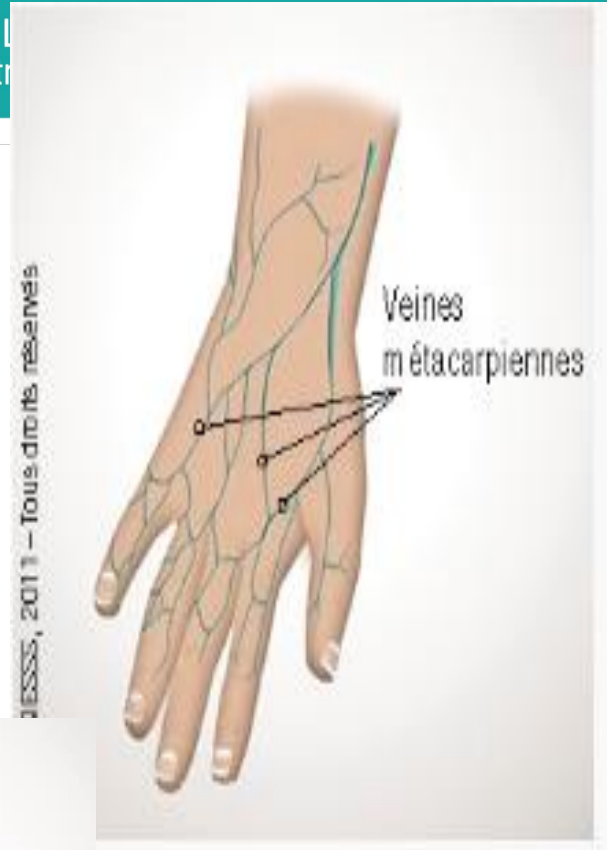
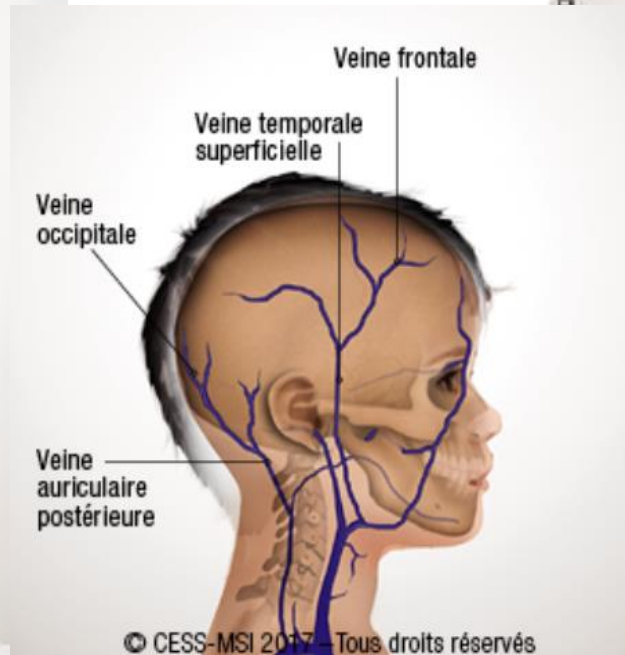


### **Attention :**

Ne jamais fixer un DAVP ainsi que la tubulure du soluté à l'aide de kling. Cette méthode engendre un faux sentiment de sécurité en lien avec la solidité de la fixation et ne permet pas une vérification adéquate de l'état du site d'insertion du DAVP.★★

# Installation et fixation en pédiatrie

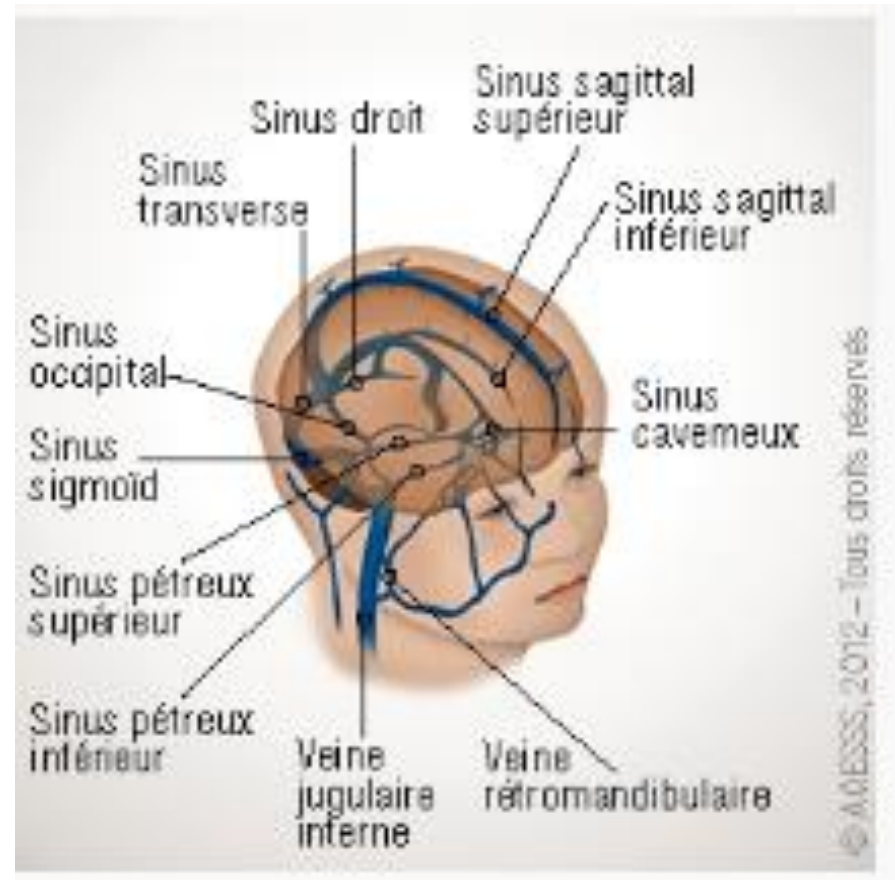
## Sites privilégiés :





## Installation et fixation en pédiatrie

- En **dernier recours** calibre #24
- Doit être fait par une infirmière ayant les habiletés requises, car imputable de ses actes



# Installation et fixation d'un DAVP en pédiatrie

## Procédure :

1. Mettre une rallonge pédiatrique et une tubulure micro goutte au soluté et faire le vide d'air
2. Installation du soluté selon la technique usuelle (se référer aux MSI).
3. Utiliser une planchette adéquate
4. Fixer la planchette avec du diachylon blanc sur la peau
5. Ne pas mettre le diachylon transparent directement sur la peau
6. Ne jamais couvrir le site d'insertion

# Débit de soluté souvent prescrit en pédiatrie pour un faible débit

0-1 an = 10 mL/hre

1-4 ans = 15 mL/hre

≥ 5 ans = 20 mL/hre

# À quelle fréquence devez-vous faire la surveillance du site intra-veineux??



## Médecine transfusionnelle

En lien avec l'administration de produits sanguins labiles en néonatalogie et pédiatrie :

Favoriser un cathéter de 20G à 24G dont le calibre permettra de compléter la transfusion en moins de 4 heures suivant l'émission du produit sanguin.

# SITES D'INJECTION INTRAMUSCULAIRE SELON L'ÂGE, CALIBRE ET LONGUEUR D'AIGUILLE

MSI (2018)

Âge	Site	Aiguille	Volume maximum à administrer
Nouveau-nés et nourrissons jusqu'à 3 ans	Face latérale ou antérieure de la cuisse	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>5/8 pouce</b> : Prématurés jusqu'à 29 jours</li> <li>• <b>7/8 à 1 pouce</b> : ad 12 mois</li> <li>• <b>1 à 1 ¼ pouce</b> : ad 2 ans</li> </ul>	Jusqu'à : <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>1 mL</b> : nourrissons et prématurés / par site</li> <li>• <b>1 mL</b> : enfants qui marchent / par site</li> </ul>
Trottineurs (qui marchent depuis au moins 1 an) et enfants jusqu'à 10-11 ans	Muscle vaste antérieur ou ventrogluteal ou fessier antérieur	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>7/8 à 1 ¼ pouce</b></li> </ul>	Jusqu'à : <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>0,5 mL</b> : nourrissons / par site (si injection est impossible dans le vaste externe)</li> <li>• <b>1 mL</b> : enfants de 18 mois à 3 ans / par site</li> <li>• <b>1,5 mL</b> : enfants de 3 à 6 ans / par site</li> <li>• <b>2 mL</b> : enfants de 6 à 11 ans / par site</li> </ul>
	Muscle deltoïde <b>Non recommandé pour les moins de 18 mois</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>5/8 à 1 pouce</b> : ad 2 ans</li> <li>• <b>1 à 1 ¼ pouce</b> : 3 à 11 ans</li> </ul>	Jusqu'à : <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>0,5 mL</b> : enfants de 18 mois à 3 ans / par site (si aucune autre site disponible)</li> <li>• <b>0,5 mL</b> : enfants 3 à 11 ans / par site</li> </ul>

# SITES D'INJECTION INTRAMUSCULAIRE SELON L'ÂGE, CALIBRE ET LONGUEUR D'AIGUILLE

MSI (2018)

Âge	Site	Aiguille	Volume maximum à administrer
<b>Trottineurs (qui marchent depuis au moins 1 an) et enfants jusqu'à 10-11 ans</b>	<b>Muscle vaste latéral ou vaste externe</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>1 à 1 ¼ pouce</b></li> </ul>	Jusqu'à : <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>1,5 mL</b> : enfant de 3 à 6 ans/ par site</li> <li>• <b>2 mL</b> : enfant de 6 à 11 ans/ par site</li> </ul>
<b>Préadolescents et adolescents</b>	<b>Muscle vaste antérieur ou ventrogluteal ou fessier antérieur</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>1 à 1 ½ pouce</b></li> </ul>	Jusqu'à : <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>2 mL</b> : enfant de 11 à 15 ans/ par site</li> <li>• <b>3 mL</b> : enfant de plus de 15 ans/ par site</li> </ul> * Pourrait tolérer jusqu'à <b>5 mL</b> selon le développement musculaire de l'adolescent et la médication à administrer (ex :lg)
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>5/8 à 1 pouce</b> : pour les moins de 130 lbs (60 kg)</li> </ul>	Jusqu'à : <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>0,5 mL</b> : enfants de 11 à 15 ans/ par site</li> </ul>

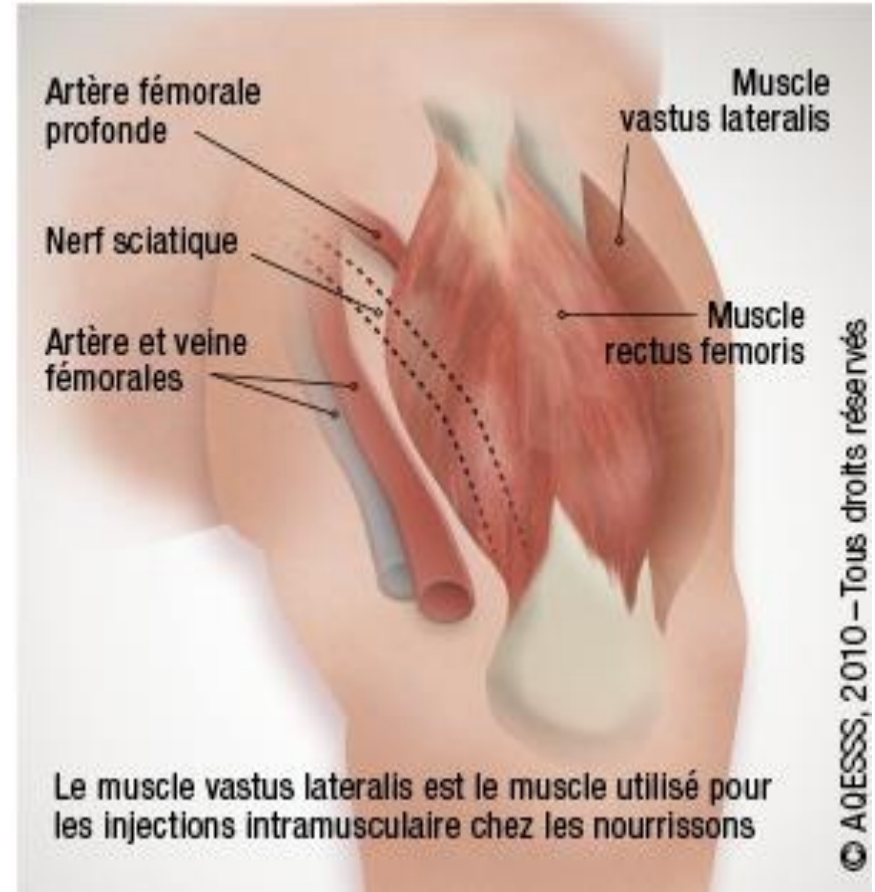
# À retenir

**A proscrire** : muscle fessier

Postérieur pour les enfants de tout âge



**A privilégier** : muscle vaste externe surtout chez nourrisson et jeune enfant





## Nouveauté

Aucune donnée probante actuelle ne permet de démontrer la pertinence **d'aspirer** avant d'injecter.

Cette pratique est d'ailleurs déconseillée pour la vaccination et l'immunisation.

**Favoriser une injection lente et continue du médicament soit 10 secondes par mL.**

## Cathétérisme chez l'enfant et le nourrisson masculin

Si possible :

- Faire souffler l'enfant dans une paille
- Presser les hanches contre le lit pour un enfant de plus de 5 ans

Cesser l'insertion si résistance rencontrée

Lubrifier généreusement l'urètre avant l'insertion du cathéter



## Sélection du calibre et de la longueur du cathéter urinaire

**A titre indicatif chez le garçon**

	Garçon	
	calibre	longueur
Nouveau-né à terme	5 à 6 Fr	6 cm
Bébé jusqu'à 3 ans	5 à 8 Fr	6 cm
Garçonnet (4 à 8 ans)	8 Fr	6 à 9 cm
Enfant (8 à 11 ans)	10 à 12 Fr	10 à 15 cm
Adolescent (12 ans et +)	12 à 14 Fr	13 à 18 cm

## Cathétérisme chez l'enfant et le nourrisson féminin

- Préférable de localiser l'emplacement du méat urinaire avant de débiter la technique stérile
- Si cathéter introduit dans le vagin, le laisser en place temporairement comme point de repère

### Si possible :

- Faire souffler dans une paille
- Presser les hanches contre le lit pour un enfant de plus de 5 ans

## Sélection du calibre et de la longueur du cathéter urinaire

## A titre indicatif chez la fille

	Fille	
	calibre	longueur
Nouveau-né à terme	5 à 6 Fr	5 cm
Bébé jusqu'à 3 ans	5 à 8 Fr	5 cm
Fillette (4 à 8 ans)	8 Fr	5 ou 6 cm
Fille (8 à 11 ans)	10 à 12 Fr	6 à 8 cm
Adolescente (12 ans et +)	12 à 14 Fr	6 à 8 cm

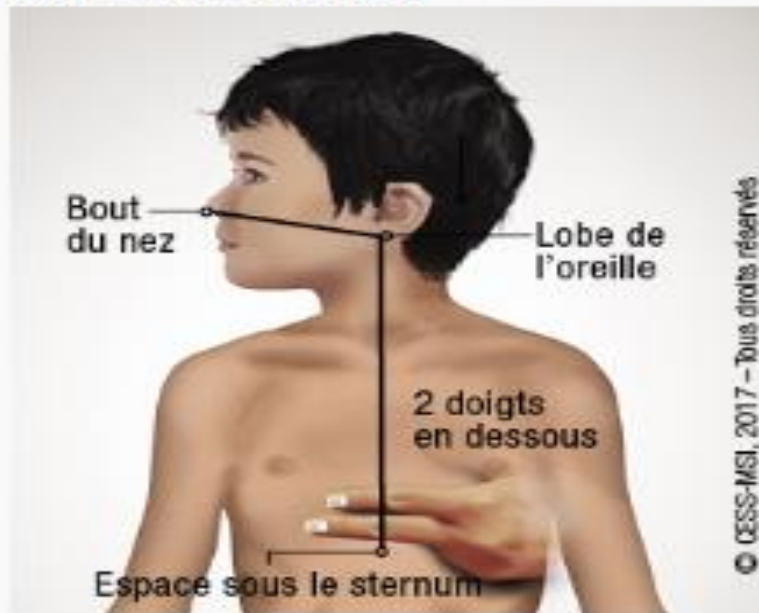
# Suggestion de calibre du tube nasogastrique

## A titre indicatif

ÂGE	# SONDE
Prématuré- Nouveau-Né	5 - 8
1 ms - 3 ans	8
3 ans - 6 ans	8 - 10
6 ans - 12 ans	10
12 ans - 15 ans	10 - 14
15 ans - adulte	14 - 16

### Enfant (Lovell et al., 2010)

- Mesurer la distance entre le bout du nez et le lobe de l'oreille PUIS celle entre le lobe de l'oreille et l'espace sous le sternum (la largeur de 2 doigts)



### Nourrisson (Lovell et al., 2010)

- Mesurer la distance entre le bout du nez et le lobe de l'oreille PUIS celle entre le lobe de l'oreille et l'espace situé sous le sternum (la largeur de 1 doigt)



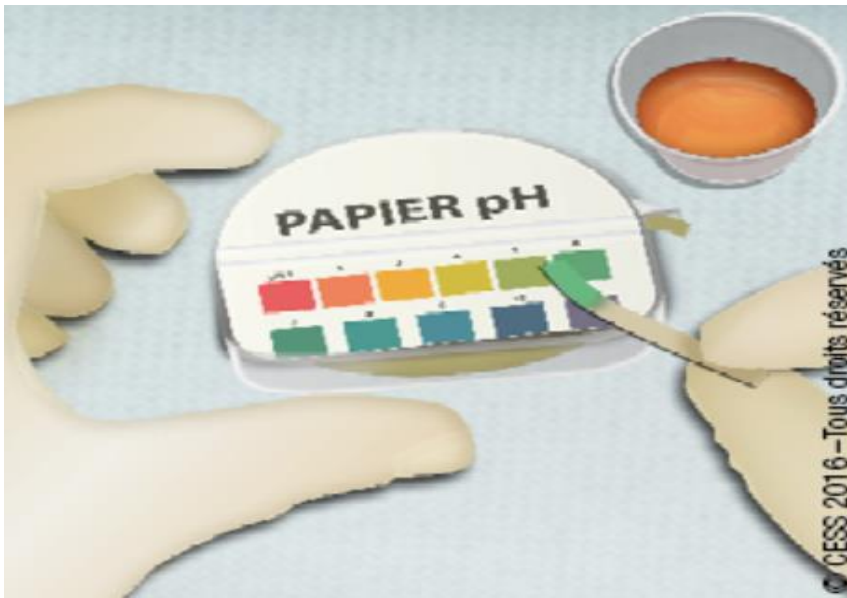
MSI (2018)

## Vérification de l'emplacement du tube

**1<sup>er</sup> choix** (enfant) : Mesure du PH  
gastrique du liquide aspiré

**2<sup>e</sup> choix** : si inefficace, envisager la  
vérification radiographique

Le test pH peut  
être erroné chez  
l'enfant en raison  
du reflux gastro-  
oesophagien ou  
l'effet tampon du  
lait





# Hémoculture pédiatrique

**Nouvelle procédure en vigueur dans le CISSS depuis septembre 2018**

POIDS	HÉMOCULTURE 1 <sup>A</sup>	HÉMOCULTURE 2 <sup>A B</sup>	VOLUME TOTAL PAR CULTURE	% TOTAL DU VOLUME SANGUIN DE L'ENFANT	TYPE DE BOUTEILLES D'HÉMOCULTURE À UTILISER
≤ 1 kg	2 ml	-	2 ml	4 %	Bouteilles pédiatriques
1.1 à 2 kg	2 ml	2 ml	4 ml	4%	Bouteilles pédiatriques
2.1 à 12.7 kg	4 ml	2 ml	6 ml	3%	Bouteilles pédiatriques
12.8 à 36.3 kg	10 ml	10 ml	20 ml	2,5%	<i>Bouteilles adultes</i>
>36.3 kg	<b>Appliquer le protocole adulte</b>				

# Hémoculture pédiatrie

Un délai de 20-30 minutes est traditionnellement recommandé entre les hémocultures mais n'est pas obligatoire. Les hémocultures doivent être réalisées à des sites (ponction veineuse) différents.

1 kg à 36.3 kg



**Bouteille péd.**  
**STJ, LDDM, DS**

Plus grand 12.8 kg



**Bouteille adulte**  
**STJ, LDDM, DS**

Plus grand 12.8 kg



**Bouteille adulte**  
**ARG, ML, RR**

1 kg à 36.3 kg



**Bouteille péd.**  
**ARG, ML, RR**

# Volume maximal de sang

Volume maximal de sang pouvant être prélevé chez des usagers de moins de 14 ans

Poids de l'usager		Quantité maximale prélevée par ponction	Quantité maximale totale prélevée pendant un mois ou moins
livre	kg	mL	mL
6-8	2,7-3,6	2,5	23
8-10	3,6-4,5	3,5	30
10-15	4,5-6,8	5	40
16-20	7,3-9,1	10	60

À titre indicatif  
Vous référez aux MSI

# PATHOLOGIES PÉDIATRIQUES

# ORL

## Définition

- Inflammation des amygdales palatines souvent accompagnée d'une adénoïdite (inflammation des amygdales paryngiennes)
- Apparaît généralement suite à une pharyngite

## Causes probables

Agent causal  
bactérien  
(souvent streptocoque du groupe A)  
Virus

## Manifestations cliniques

- T ° avec ou sans AEG
- Œdème des ganglions
- Exsudat purulent
- Ronflement
- Irritation, douleur à la gorge/déglutition
- Rougeur des téguments
- Otalgie
- Respiration par la bouche, bruyante avec une voix nasillarde
- Haleine fétide

## Complications possibles

Abcès des amygdales  
Otite moyenne aiguë  
Rupture spontanée des tympons (mastoïdite aiguë)  
Surdité permanente si infection chronique

# Pharyngite

## Définition

- Inflammation fébrile de la gorge, disparaissant généralement de 3 à 10 jours après l'apparition (si cause virale)
- Pharyngite bactérienne est plus sérieuse et peut entraîner des complications graves
- Peut précéder une maladie transmissible (ex: Scarlatine)

## Causes probables

- Agent causal viral dans 70% des cas
- Le streptocoque B hémolytique du groupe A est responsable dans 15% des cas

## Manifestations cliniques

- T°
- Douleur à la gorge
- Amygdales et les follicules lymphoïdes œdématisés, tachetés d'exsudat
- Membrane pharyngienne rouge vif
- Hypertrophie des ganglions lymphatiques du cou
- Raucité de la voix
- Toux
- Rhinite

## Complications possibles

- Sinusite
- Otite moyenne
- Mastoïdite
- Adénopathies cervicales
- Fièvre rhumatismale

# Hémorragie post amygdalectomie

Visualisez la gorge avec lumière **uniquement**

## Définition

- Les saignements post amygdalectomie surviennent généralement :
  - Le jour de l'intervention chirurgicale
  - Entre la 5<sup>ième</sup> et la 10<sup>ième</sup> journée post-op
- Période correspondant au décollement de la membrane du siège de la chirurgie
- Secondaire à une amygdalectomie incomplète ou un trouble de l'hémostase

## Causes probables

- Présence d'un vaisseau sanguin non cautérisé
- Toux, raclement de la gorge
- Diète inappropriée

## Manifestations cliniques

- Accélération du pouls avec ou sans chute
- Pâleur
- Agitation
- Augmentation du rythme de déglutition
- Nausées
- Vomissements avec présence de filet de sang
- Hypertension

## Complications possibles

- Anémie importante
- Choc hypovolémique (hémorragie)
- **Prise en charge urgente** (S.O possible)





# Hémorragie post amygdalectomie

## Soins Infirmiers Enseignement

- NPO ou diète suggérée selon ORL (Ne pas boire avec une paille)
- SV fréquents
- Surveillance gorge q4h min. + PRN (avec lampe de poche, pas d'abaisse-langue)
- Surveiller signes d'hémorragie
- Tête de lit 30 à 45 degrés
- Éviter raclement de gorge (antitussif PRN selon ordonnance)
- Soulager la douleur (**ATTENTION** : ne pas utiliser de l'ibuprofène)
- Éviter de faire pleurer l'enfant inutilement
- Collier de glace PRN
- Si suspicion de saignement : surveillance aux 1 à 2 heures

# Abcès pharyngé – Rétro pharyngien

## Définition

- Infection des ganglions lymphatiques situés entre la face antérieure de la colonne cervicale et la paroi postérieure du pharynx
- Rarement la cause des obstructions respiratoires supérieures

## Causes probables

- Streptocoque pyogène (bêta hémolytique du groupe A)

## Manifestations cliniques

- T°
- Déglutition difficile, voir impossible
- Méninigisme et position opisthotonos
- Signes d'obstruction respiratoire des voies supérieures
- Épuisement, cyanose, apnée et altération de l'état de conscience en phase avancée
- Haleine fétide

## Complications possibles

- Extension régionale de l'infection
- Septicémie
- Obstruction des voies respiratoires

# Abcès pharyngé – Amygdalien

## Définition

- Suite à une amygdalite bactérienne
- Risque plus élevé chez les enfants avec déficiences immunitaires
- Surtout chez l'adolescent

## Causes probables

- Streptocoque pyogène
- Bactéries anaérobiques peuvent aussi être en cause

## Manifestations cliniques

- T° élevée
- Douleur pharyngée particulièrement intense
- Dysphagie, parfois trismus
- Hyperémie de la région amygdalienne avec déplacement de la luette et de l'amygdale
- Changement du timbre de la voix
- Hypersalivation

## Complications possibles

- Extension régionale de l'infection
- Septicémie
- Méningite

# Épiglottite

## Définition

- Infection grave de l'épiglotte qui évolue très rapidement

**URGENCE  
MÉDICALE**

## Causes probables

- Bactérie
- Virus

## Manifestations cliniques

- Dysphonie (voix rauque, éteinte)
  - Dysphagie
  - Écoulement des sécrétions salivaires / Hypersalivation
  - Détresse respiratoire
  - Toux
  - Tirage
  - T° élevée (surtout les 2-8 ans)
  - Tête projetée vers l'avant avec la bouche ouverte
- \*\* Fréquent\*\***

## Complications possibles

- Pneumonie
- Atélectasie
- Œdème pulmonaire
- Choc septique
- Œdème de la glotte
- Arrêt respiratoire

## Soins Infirmiers Enseignement

- NPO
- Surveillance **CONSTANTE** et à **VUE**
- Saturation constante / O2 adéquate
- Éviter de stimuler l'enfant
- Maintenir une position assise
- Installer dans aire de choc/ salle de trauma/réa
- Humidifier l'air PRN
- Ne pas:
  - Utiliser d'abaisse langue
  - Faire pleurer l'enfant
  - Aspirer les sécrétions

# Laryngite

**Humidité  
froide**

## Définition

- Infection virale qui cause l'inflammation des voies respiratoires supérieures dont le larynx.
- Ceci a pour effet de provoquer une enflure dans la gorge, ce qui peut amener une difficulté à respirer allant de légère à sévère

## Causes probables

- Origine virale (le plus souvent)
- Dure de 2 à 5 jours
- Peut être d'origine bactérienne

## Manifestations cliniques

- Spasme laryngé
- Symptômes IVRS
- Voix enrouée
- Toux rauque, aboyante
- Excès de toux nocturne
- Cyanose
- Tirage
- BAN
- Parfois fébrile
- Stridor

## Complications possibles

- Peut évoluer vers une épiglottite si d'origine bactérienne
- Épuisement respiratoire pouvant mener à l'arrêt



## Soins Infirmiers Enseignement

- Favoriser la position assise
- Enseignement aux parents : faire respirer l'air frais extérieur au moins 15 minutes
- Si température extérieure chaude: une ballade en voiture avec air climatisée est aussi possible
- Évaluer l'état respiratoire et les signes de détresse
- Diète molle et froide
- Soulagement de la douleur
- Évaluer stridor

# SYSTÈME RESPIRATOIRE



# Asthme

## Définition

- Maladie qui affecte le système respiratoire
- Liée à une inflammation des bronches qui favorise la production de sécrétions
- L'accumulation de sécrétions et la contraction musculaire qui entoure les bronches amène par la suite une obstruction

## Causes probables

- Agent allergène et/ou irritant
- IVRS
- Changement rapide de la température extérieure (froid/chaueur extrême)
- Activité physique
- Stress

## Manifestations cliniques possibles

- Toux
- Respiration laborieuse (Dyspnée, respiration saccadée, tirage, BAN, tachypnée)
- Temps expiratoire allongé
- Rhinorrhée occasionnelle
- Respiration sifflante
- Épaules arrondies
- Phrases courtes entrecoupées

## Complications possibles

- Œdème des muqueuses
- Accumulation des sécrétions obstruction
- Bronchospasme
- Épuisement respiratoire

# Virus respiratoire syncytial (VRS)

## Définition

- Famille de virus qui cause des infections des voies respiratoires
- Cause des infections plus sévères chez les enfants < 3 ans.

Flush  
nasal

## Causes probables

- Virus
  - Signes et symptômes apparaissent généralement 4 à 6 jours post exposition
- Jours critiques entre la 3e-5e journée

## Manifestations cliniques possibles

- Toux
- T° (élevée chez les plus jeunes)
- Dyspnée
- Respiration superficielle ou rapide, sifflante
- ↓ SpO2 (signe tardif)

## Complications possibles

- Bronchiolite (enfant < 3 ans)
- Pneumonie
- Otites
- Épuisement respiratoire menant à l'arrêt respiratoire

# Bronchiolite

## Définition

- Inflammation des bronchioles
- Apparaît surtout chez les enfants de moins de 3 ans
- Frappe particulièrement ceux âgés entre 3 à 6 mois

## Causes probables

- Très souvent causée par le VRS
- Adénovirus
- Virus influenza (VIN)
- Mycoplasma pneumoniae

## Manifestations cliniques possibles

- Toux quinteuse
- Sibilants expiratoires
- Crépitants
- Ronchis (↓ ou disparaît post aspiration)
- Tirage
- BAN
- Tachypnée

## Complications possibles

- Détresse respiratoire
- Pauses respiratoires si épuisement de l'enfant : peut entraîner une acidose respiratoire avec hypercapnée et alcalose métabolique compensatoire
- **ACR**

# Pneumonie

## Définition

- Inflammation du parenchyme pulmonaire
- Apparaît soit comme une maladie primaire ou une complication d'une autre maladie
- Broncho-pneumonie lorsque la pneumonie procède par foyers disséminés, les bronches et les bronchioles participant aussi au processus inflammatoire

## Causes probables

- Virus
- Bactérie
- Mycoplasme
- Aspiration d'une substance étrangère

## Manifestations cliniques possibles

- Toux
- Nausées et vomissements
- Détresse respiratoire
- Douleur abdo
- Crépitants
- T°
- Céphalées
- Anorexie
- Myalgie
- Rhinite

## Complications possibles

- **Choc septique**
- **Épuisement voir arrêt respiratoire**
- Emphysème
- Épanchement pleural

# SYSTÈME CIRCULATOIRE LYMPHATIQUE

# Adénite cervicale

## Définition

- Inflammation aiguë ou chronique des ganglions lymphatiques au niveau de la région cervicale

## Causes probables

- Bactérienne surtout :
  - Staphylocoque auréus
  - Streptocoque A
  - Streptocoque B (nourrissons)

## Manifestations cliniques possibles

- T°
- Augmentation du volume d'un ou de plusieurs ganglions
- Unilatéral ou bilatéral
- Douleur

## Complications possibles

- Septicémie
- Bactériémie

**Caractéristiques de la rougeur**

# SYSTÈME DIGESTIF

# Gastro-Entérite

## Définition

- Inflammation de la muqueuse gastrique et intestinale
- Infection pouvant être causée par un virus, une bactérie ou des parasites

## Causes probables

- Virale
- Bactérienne (salmonellose, shigellose, E.Coli)
- Autres (alimentation, médication, intolérance intestinale)

## Manifestations cliniques possibles

- Diarrhée (> 24h)
- Vomissements (>24h)
- Nausées
- Crampes abdominales
- T°
- Sang dans les selles
- Signes de déshydratation
- Hypoglycémie

## Complications possibles

- Déshydratation
- Choc hypovolémique



## Soins Infirmiers Enseignement

- Décompte de selles/vomissements
- Surveillance des signes de déshydratation
- Solutions de réhydratation orale (pedialyte, gastrolyte)
- Précautions additionnelles gouttelette/contact
- Glycémie capillaire
- Aucun anti diarrhéique, sauf si ordonnance
- **Enseignement sur la diète lorsque tolère PO (progressive)**
- Enseignement sur la contagiosité de la maladie
- Ne pas empêcher l'enfant de boire ou de manger s'il en ressent le besoin

# Purpura thrombocytopénique idiopathique (PTI)

## Définition

Maladie hémorragique acquise caractérisée par une destruction excessive des plaquettes sanguines (thrombocytopénie) et par un purpura (anomalie de coloration des téguments causée par des pétéchies sous la peau)

## Causes probables

Réaction auto-immune à des antigènes reliés à une maladie (virale)

Survient moins de 4 semaines après l'infection virale.

## Manifestations cliniques possibles

- Pétéchies ou ecchymoses aux moindres traumatismes, surtout augmentées aux saillies osseuses.
- Saignement des muqueuses : épistaxis et saignement des gencives, hémorragies internes avec signes d'hématurie, d'hématémèse, mélena, hématomes sur les membres inférieurs.

## Complications possibles

Évolution possible vers une forme chronique de purpura.

Peut mener à une hémorragie intracrânienne dans les formes graves et/ou en cas de traumatisme crânien

# Purpura thrombocytopénique idiopathique (PTI)

## Soins Infirmiers Enseignement

- Protéger l'enfant contre les coups et les chutes (repos au lit, lit capitonné, éviter les situations où l'excitation des lieux est très élevée.
- Surveillance des:
  - SV
  - Signes d'hémorragie (sang dans urines, selles, vomissements...)
  - Perfusion IV de gammaglobuline
  - Signes de réaction et autres



# Sténose du pylore

## Définition

- Hypertrophie du muscle circulaire du pylore qui provoque la sténose du passage entre l'estomac et le duodénum (le pylore) obstruant partiellement la lumière de l'estomac
- Survient entre la 2<sup>ème</sup> et la 5<sup>ème</sup> semaine de vie (surtout chez les garçons)

## Causes probables

- Cause exacte inconnue
- Souvent en lien avec ATCD familiaux de sténose du pylore

## Manifestations cliniques possibles

- Vomissements en jet, de plus en plus fréquents
- Peuvent survenir post alimentation (boire) ou après plusieurs heures post alimentation
- Grande faim et tétée à vide: empressement de se nourrir après l'épisode de vomissement
- Irritabilité

## Complications possibles

- Déshydratation
- Déséquilibre électrolytique
- Perte de poids

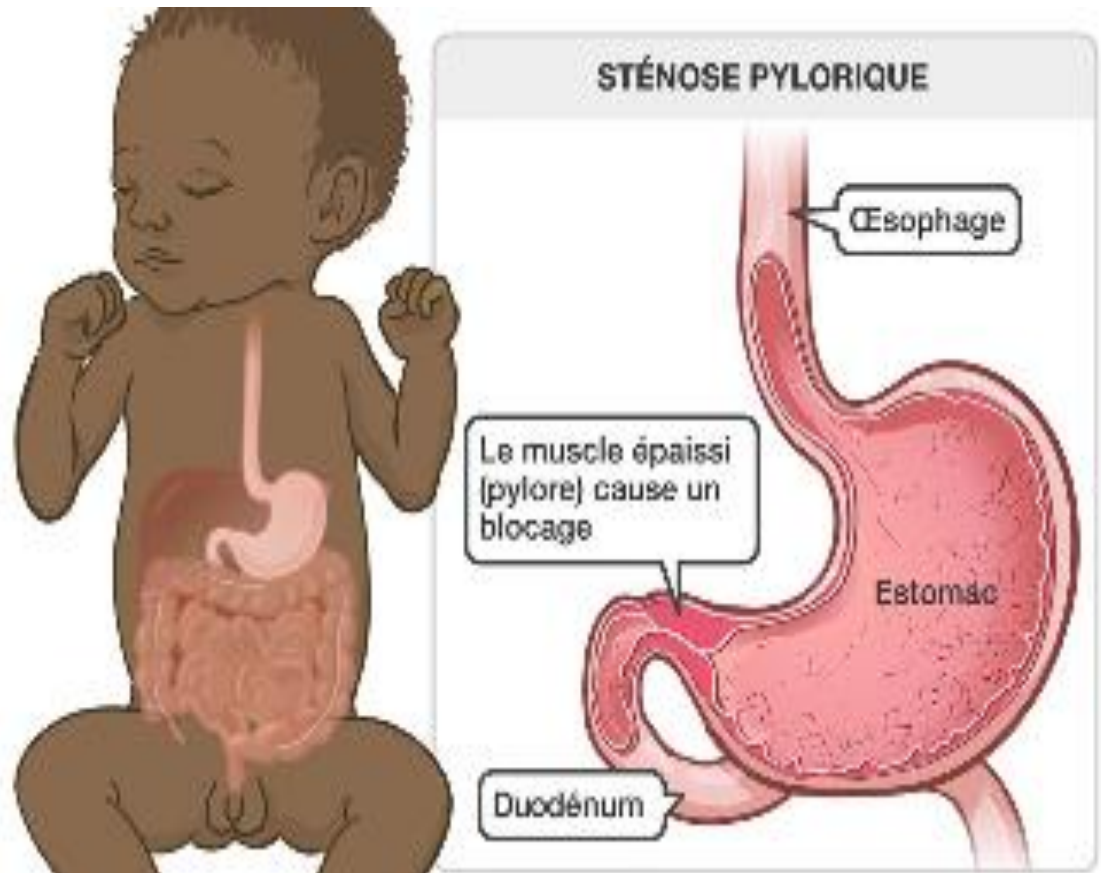
**Urgence  
opératoire**



## Sténose du pylore

Se produit quand le muscle s'épaissit et se serre.

Empêche la nourriture de passer de l'estomac à l'intestin



## Soins Infirmiers Enseignement

- Maintenir la tête surélevée de 45° (position anti-reflux) et en décubitus latéral droit durant l'heure qui suit le boire
- Observation, mesure et description des boires et des vomissements
- Dosage I/E
- Faire boire en petites quantités fréquemment, ad confirmation du Dx, puis NPO
- Surveiller les signes de déshydratation
- Aspiration PRN
- Peser les couches

# SYSTÈME NERVEUX

# Convulsion

## Définition

- Spasmes involontaires d'un muscle, un groupe de muscles ou de l'ensemble de l'appareil musculaire du corps

## Causes probables

- Épilepsie
- Traumatisme crânien
- Fièvre élevée
- Hypoglycémie

## Manifestations cliniques

- Mouvements cloniques : saccadés et trépidants
- Mouvements toniques: raideur et contracture musculaire
- Révulsion des yeux ou regard fixe
- Sécrétions au niveau de la bouche
- Incontinence urinaire ou fécale
- Perte de conscience
- Cyanose péribuccale

## Complications possibles

- Si convulsions fébriles: peu d'éléments probants qui prouvent que les convulsions fébriles entraînent des dommages au cerveau
- Complications neurologiques diverses si cause non traitée





## Définition

- Condition chronique reliée à un déséquilibre dans les réseaux du cerveau
- Se développe principalement durant l'enfance: 75 à 85% avant l'âge de 18 ans

## Causes probables

- Majorité des cas inconnues
- Cause génétique non-identifiée
- Traumatisme à la naissance ( ex: manque d'oxygène)
- Trouble de croissance (ex: lésion au cerveau du fœtus durant la grossesse)
- Traumatisme crânien
- Infection (ex: méningite, encéphalite, VIH)
- Désordre malformatif (ex: tumeur cérébrale)

## Manifestations cliniques possibles

- Un « aura » peut parfois être reconnaissable autrement la crise épileptique est sans avertissement
- Révulsions des yeux
- Perte de conscience
- Cyanose péri-buccale
- Spasmes musculaires a/n des 4 membres
- Peuvent se mordre la langue
- Incontinence urinaire/fécale
- Écume à la bouche

## Complications possibles

- Troubles cognitifs: troubles de mémoire, atteintes exécutives, déficience intellectuelle
- Chez la clientèle pédiatrique, on parlera davantage de conséquences : psychologiques (stress, colère, frustration, faible estime de soi) sociales (discrimination, stigmatisation, isolement)

# Méningite

## Définition

- Inflammation des méninges : les enveloppes de la moelle épinière et du cerveau dans lesquelles circule le liquide céphalorachidien

## Causes probables

- Virus : méningite virale
- Bactérie : méningite bactérienne
  - Streptococcus pneumoniae
  - Haemophilus influenzae de type B
  - Neisseria meningitidis

## Manifestations cliniques possibles

- Aspect toxique
- Hyperthermie
- Douleur et raideur à la nuque
- Céphalée
- Photophobie
- Fontanelle antérieure pleine ou bombée
- Irritabilité
- Vomissements en jet
- Convulsions
- Pétéchies si bactérie est Neisseria ou Haemophilus
- Position d'opisthotonos

## Complications possibles

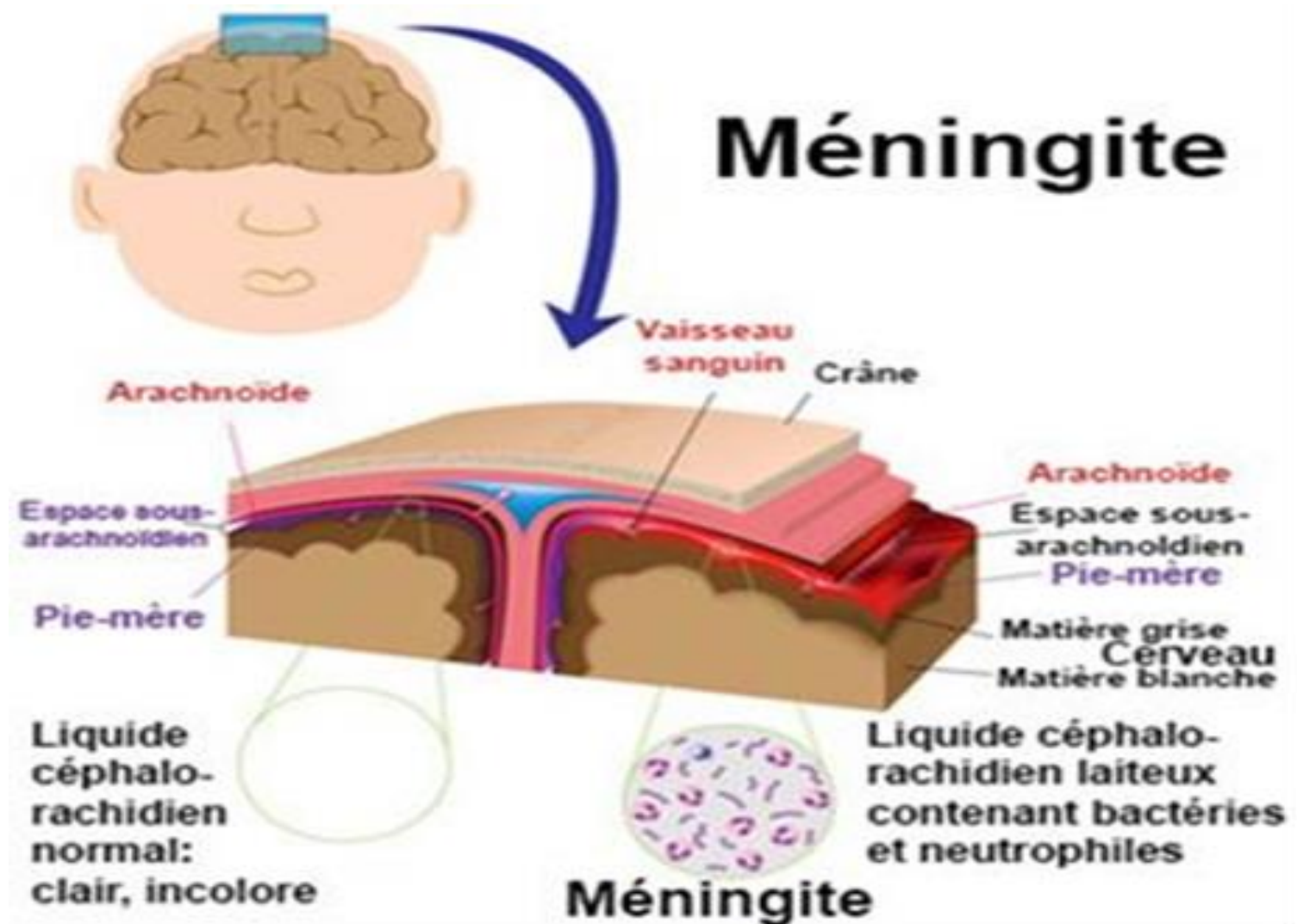
- Hématome sous dural
- Hydrocéphalie
- Paralyse à différents degrés
- Retard mental
- Surdité
- Strabisme
- Encéphalopathies
- HTIC
- Épilepsie

## Signe de Kerning

- Positionner l'enfant en position dorsale
- Effectuer un fléchissement de la cuisse vers le tronc (à 90°) en poussant sur le genou

Si engendre une douleur lombaire et à la nuque →  
signe positif complémentaire  
pour une méningite





# Commotion cérébrale

## Définition

- Dysfonctionnement temporaire et réversible des neurones, accompagné d'une perte de conscience instantanée.
- Réactions qui persistent quelques minutes ou quelques heures et souvent accompagnées d'une perte de la mémoire du moment.
- Sans séquelles permanentes des neurones

## Causes probables

- Violence parentale (PEM)
- Blessures sportives
- Accident (auto, voiture, jeu)
- Chutes

## Manifestations cliniques

- Étourdissement, perte de conscience, perte de mémoire du moment, convulsions.
- Nausées, vomissements
  - Désorientation, somnolence
  - Céphalées, vertiges
  - Diplopie (vision double)
  - Enfants agités et irritables
  - Langage incohérent
  - Fatigue
  - Difficulté à se concentrer

## Complications possibles

- Hémorragie cérébrale possible qui se produit dans les 24 premières heures

**Remettre  
dépliant  
TCCL**

## Enseignement aux parents sur le traumatisme crânien

- Malaises habituels: maux de tête, étourdissements, difficultés à se concentrer et la somnolence
- Si somnolence progressive: portez une attention particulière
- Présence d'un parent **en tout temps** dans les **24 premières heures** avec l'enfant (afin d'être à l'affût de tout symptôme ou comportement inhabituel)
- Aucune contre-indication pour le sommeil: s'assurer qu'il est facilement éveillable (chatouiller sous le pieds, petit baiser sur une joue, etc.)
- S'il ne bouge pas, vous devez le réveiller complètement
- **S'il ne se réveille pas: faite le 9-1-1**

## Consulter à nouveau si ...

- Plus de 3 vomissements durant les 24 premières heures suivant le retour à la maison
- Convulsions
- Troubles de comportement
- Mal de tête persistant et non soulagé par des médicaments contre la douleur ou, un mal de tête qui tend à s'aggraver
- Vision double ou floue
- Faiblesse d'un bras ou d'une jambe
- Somnolence qui ↑ progressivement
- Écoulement de sang ou d'un liquide clair comme de l'eau provenant du nez ou des oreilles
- **TOUT symptôme inquiétant**

# ÉCHELLE DE GLASGOW RÉFLEXE PHOTO-MOTEUR SIGNES DE FOCALISATION



# Échelle pédiatrique de Glasgow

	< 1 AN		> 1 AN	COTE
	<u>OUVERTURE DES YEUX</u>	Volontaire/ Spontanée		Volontaire/ Spontanée
Au cri		Sur ordre verbal	3	
À la douleur		À la douleur	2	
Aucune réponse		Aucune réponse	1	
<u>RÉPONSE MOTRICE</u>	Mouvement spontanés		Obéit aux ordres	6
	<b>Stimulus douloureux pour obtenir une réponse verbale</b>			
	Localise douleur Retrait au toucher		Localise douleur	5
	Flexion du membre Retrait à la douleur		Flexion du membre Retrait à la douleur	4
	Flexion anormale <u>Décortication</u> Rigidité : flexion des bras et extension des jambes.		Flexion anormale <u>Décortication</u> Rigidité : flexion des bras et extension des jambes.	3
	Extension <u>Décérébration</u> Rigidité : Extension et pronation des 4 membres.		Extension <u>Décérébration</u> Rigidité : Extension et pronation des 4 membres.	2
	Aucune réponse		Aucune réponse	1
<u>RÉFLEXE VERBALE</u>	< 2 ANS	2-5 ANS	> 5 ANS	COTE
	Sourit, roucoule pleure de façon approprié	Mots appropriés phrase complète	Orienté, parle avec phrase complète	5
	Pleure	Mots inappropriés	Désorienté et parle confus	4
	Pleure et/ou cris inappropriés	Pleure et hurle	Paroles inappropriés	3
	Grognement	Grognement	Sons incompréhensibles	2
	Aucune réponse	Aucune réponse	Aucune réponse	1
<u>RÉFLEXE PHOTO-MOTEUR</u>	<u>Évaluer le diamètre des pupilles :</u>			
<u>DIAMÈTRE DES PUPILLES</u>	Normal : 4-5 mm Mydriase : > 5 mm Myosis : < 4 mm  Diamètre pupillaire (mm)		Réagit bien : (RB) Réagit lentement (RL) Ne réagit pas, fixe (F)	

## Réflexe photo-moteur

Diamètre des pupilles

Évaluer le diamètre des pupilles

- Normalité : **entre 4 à 5 mm**
- Mydriase : supérieur à 5 mm
- Myosis : inférieur à 4 mm

Diamètre pupillaire : évaluer la symétrie des pupilles droite et gauche



## Signes de focalisation

**Évaluer la symétrie d'un membre ou d'un côté du corps par rapport à l'autre côté**

**Évaluer le tonus musculaire au repos:**

- Flasque, hypotonique
- Normal ou adéquat
- Hypertonique, spastique

## Signes de focalisation

### Évaluer la force musculaire:

- Demander à l'enfant de serrer la main, tout en évitant un réflexe spastique en lui touchant
- Noter la caractéristique de la force :
  - Normale
  - Légère, faible, capable de serrer un peu la main
  - Sévère, trop forte
  - Aucune force

## Signes de focalisation

### Évaluer le mouvement des membres

- Brusque, saccadé, irrégulier
- Lent, sinueux
- Frémissements, tics, tremblements
- Choréique, mouvement involontaire spontané

### Évaluer la coordination neuromusculaire:

- Regarder la démarche et noter si sinueuse, tortueuse
- Demander à l'enfant de placer le doigt sur le nez et noter sa capacité d'exécuter (dans la mesure du possible)

# MALADIES INFECTIEUSES

# Maladies éruptives de l'enfant

## MALADIES ÉRUPTIVES DE L'ENFANT (1).

### CONTACTS RÉCEPTIFS. TRAITEMENT PRÉVENTIF.

 SUJETS / FACTEURS DE RISQUE.

 RISQUE EMBRYO-FŒTAL.

 PARENTS, FRATRIE

ENTOURAGE DU MILIEU DE TRAVAIL

### CINQUIÈME MALADIE

*Parvovirus B19*


Âges: préscolaires et scolaires.  
Incubation: ± 14 jours.  
Contagiosité: 1 à 5 jours avant l'éruption.

*Peu ou pas de fièvre, bon état général, parfois prurit, arthralgies (adolescents, adultes).*



Hémoglobinopathies (anémie falciforme, thalassémie, etc), anémie chronique.

Surveillance: signes indicateurs d'anémie.

 Faible risque d'anasarque foeto-placentaire.

Surveillance: dosages sériques (IgG, IgM,  $\alpha$ -foetoprotéine), échographies.

Prévention:  $\gamma$ globulines IM (?).

Surveillance.

Femmes enceintes: retrait préventif (?).

Enfants et adultes: surveillance.



### MALADIE MAINS-PIEDS-BOUCHE

*Coxsackievirus*

Âges: préscolaires et scolaires.  
Incubation: 3 à 6 jours.  
Contagiosité: 1 à 5 jours avant l'éruption.

*Peu ou pas de fièvre, bon état général, dysphagie.*



 Risque embryo-foetal négligeable.

Surveillance.

Femmes enceintes: Pas d'indication de retrait préventif.

Enfants et adultes: surveillance.



CONTACTS RÉCEPTIFS. TRAITEMENT PRÉVENTIF.

 SUJETS / FACTEURS DE RISQUE.

 RISQUE EMBRYO-FŒTAL.

 PARENTS, FRATRIE

ENTOURAGE DU MILIEU DE TRAVAIL

**ROSÉOLE** *Herpesvirus 6*

Âges: 6 mois à 18 mois.  
Incubation: 9 à 10 jours.  
Contagiosité: pendant le stade fébrile.

*Forte fièvre, bon état général, parfois convulsion, diarrhée.*



 Risque embryo-fœtal négligeable.

Surveillance.

Femmes enceintes:  
Pas d'indication de retrait préventif.

Enfants et adultes:  
surveillance.



**ROUGEOLE** *Virus rougeoleux*

Âges: nourrissons et adolescents.  
Incubation: 8 à 12 jours avant les premiers symptômes (± 14 jours avant l'éruption).  
Contagiosité: 5 jours avant et 5 jours après le début de l'éruption.

*Fièvre élevée, état général ± altéré, yeux rouges, rhinorrhée, toux, signe de Koplik.*



Femmes enceintes, nourrissons < 1 an, "HIV" asymptomatiques: γglobulines IM (0,25 ml/kg; max. 15 ml).

Déficits immunitaires, "HIV" symptomatiques (vaccinés ou non): γglobulines IM (0,5 ml/kg; max. 15 ml).

 Faible risque embryo-fœtal.  
Risque de rougeole grave chez la mère

γglobulines IM dans les 144 heures (6 jours) qui suivent le contact (0,25 ml/kg; max. 15 ml).

Adultes et enfants:  
γglobulines IM dans les 144 heures (6 jours) qui suivent le contact (0,25 ml/kg; max. 15 ml)


Femmes enceintes:  
γglobulines IM, retrait préventif (retour au travail 7 à 14 jours après le dernier cas de rougeole).  
Adultes nés après 1956 et enfants réceptifs ou vaccinés mais sans rappel vaccinal: γglobulines IM: (0,25 ml/kg max. 15 ml).





# MALADIES ÉRUPTIVES DE L'ENFANT (2).

## CONTACTS RÉCEPTIFS. TRAITEMENT PRÉVENTIF.

 SUJETS / FACTEURS DE RISQUE.

 RISQUE EMBRYO-FŒTAL.

 PARENTS, FRATRIE

ENTOURAGE DU MILIEU DE TRAVAIL

### RUBÉOLE *Virus rubéoleux*

Âges; nourrissons et adolescents.  
Incubation: 14 à 21 jours (± 17 jours).  
Contagiosité: rubéole post-natale, 7 jours avant et après le début de l'éruption; rubéole congénitale, plusieurs mois.

*Peu ou pas de fièvre, bon état général, adénopathies cervicales, arthralgies (adolescents, adultes).*



maculo-papuleux

Grossesse.

 Risque embryo-fœtal élevé.

Surveillance: dosages sériques (IgG, IgM); au besoin, répéter 3-4 semaines et 6 semaines après le contact.

γglobulines IM (0,55 ml/kg) [efficacité incertaine].

Surveillance.

Femmes enceintes:  
Au besoin, vérification sérologique du statut immunologique et retrait préventif en attendant le résultat.

Enfants et adultes:  
surveillance.



1 semaine

### SCARLATINE *Streptocoque β-hémolytique groupe A*


Âges: scolaires.  
Incubation: 2 à 5 jours.  
Contagiosité: dès les premiers symptômes et pendant plusieurs jours ou semaines ou jusqu'à la fin du premier jour d'antibiothérapie.

*Fièvre ±, état général ± altéré, mal de gorge, dysphagie, adénopathies cervicales, douleurs abdominales, nausées, vomissements.*



érythémateux "papier sablé"

Adultes et enfants avec antécédents de rhumatisme articulaire aigu (R.A.A.) ou de glomérulonéphrite aiguë (G.N.A.).

 Risque embryo-fœtal négligeable.

Enfants et adultes:  
si symptomatiques et si culture de gorge positive, antibiothérapie.

Antécédents familiaux de R.A.A. ou de G.N.A.: culture de gorge des contacts symptomatiques et asymptomatiques.

Enfants et adultes:  
si symptomatiques et culture de gorge positive, antibiothérapie.



3 à 5 jours

CONTACTS RÉCEPTIFS. TRAITEMENT PRÉVENTIF.



SUJETS / FACTEURS DE RISQUE.



RISQUE EMBRYO-FŒTAL.



PARENTS, FRATRIE

ENTOURAGE DU MILIEU DE TRAVAIL

**VARICELLE** *Virus varicelle-zoster*

Âges: scolaires.  
Incubation: 10 à 20 jours (± 15 jours); jusqu'à 26 jours après injection de yglobulines.  
Contagiosité: 5 jours avant le début de l'éruption et pendant toute la durée du stade vésiculaire (5 à 6 jours chez l'enfant normal; contagiosité prolongée si déficit immunitaire ou HIV positif).

Fièvre ± élevés, état général plutôt bon, prurit.



vésiculaire

Nouveau-nés si éruption maternelle dans les 5 jours avant et les 2 jours après la naissance.  
Prématurés hospitalisés:  
- < 28 semaines ou ≤ 1000g,  
- ≥ 28 semaines et mère sans antécédent de varicelle.  
Déficits immunitaires  
yglobulines hyperimmunes (VariZIG\*) IM dans les 96 heures qui suivent le contact: 125U par 10kg (min. 125U, max. 635U).

\*VariZIG: Varicella Zoster Immune Globulin.



Faible risque embryo-fœtal.

Risque de varicelle grave chez la mère

Surveillance: dosages sériques (IgG, IgM), échographies.  
Prévention: yglobulines (VariZIG) IM dans les 96 heures (4 jours) qui suivent le contact: 125U par 10kg (min. 125U, max. 635U).

*Au besoin, retarder l'accouchement si varicelle maternelle en fin de grossesse.*

Enfants, adolescents et adultes immunodéprimés sans antécédent de varicelle: yglobulines (VariZIG) IM dans les 96 heures (4 jours) qui suivent le contact.

Femmes enceintes: au besoin, vérification sérologique du statut immunologique, yglobulines (VariZIG) IM, retrait préventif(?).



ÉCOLE

5 à 7 jours



ÉCOLE

Oui, si forme atténuée et absence de facteurs de risque



# Coqueluche

## Définition

- Infection très contagieuse des voies respiratoires supérieures

## Causes probables

- Bactérie (Bordetella pertussis)

## Manifestations cliniques possibles

- Fortes quintes de toux (avec cyanose )
- Son caractérisé à un chant de coq
- Effort de vomissement
- Sensation d'étouffement suite à la toux importante (visage rouge, yeux larmoyants, pétéchiés)

## Complications possibles

- Pneumonie
- Atélectasie
- Otite moyenne
- Apnée
- Pneumothorax et/ou fractures de côtes chez l'adolescent
- ARC sur quinte de toux



A. Burrow.



B. Comedone.



C. Macule.



D. Papilloma.



E. Papule.



F. Petechiae and purpura.



G. Plaque.



H. Pustule.



I. Scale.



J. Telangiectasia.



K. Vesicle.



L. Weal.

# Érythémateuse

# Pétéchies

# Purpura



## Maculo-papuleuse



## Vésiculeuse



## Urticaire



# MALADIES INFLAMMATOIRES

# Maladie de Kawasaki

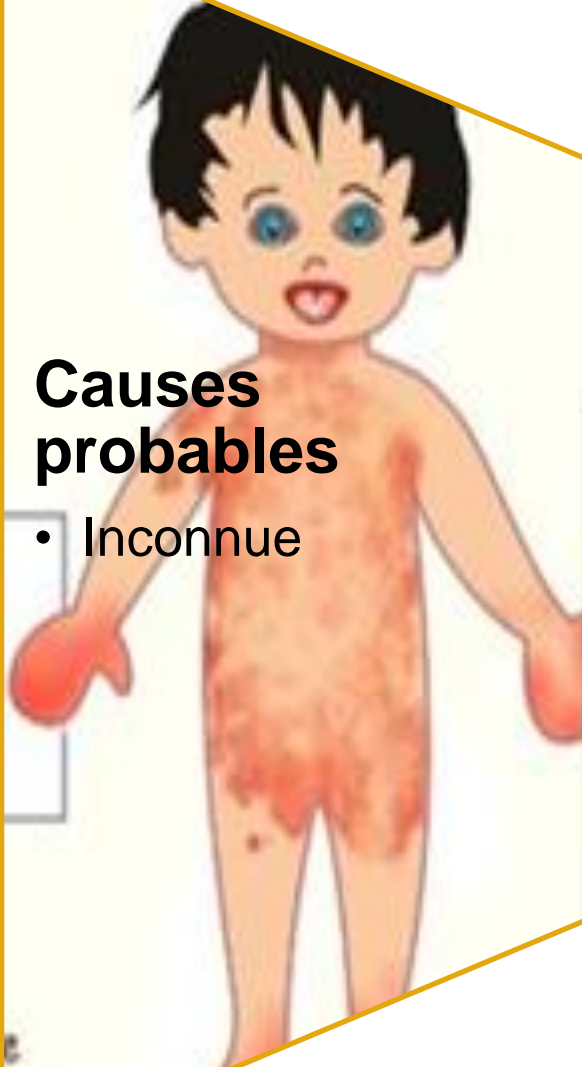
## Définition

- Affection fébrile aiguë
- Touche principalement le nourrisson et le jeune enfant

**L'enfant doit présenter en plus de la fièvre 5 des 6 signes**

## Causes probables

- Inconnue



## Manifestations cliniques possibles

- Fièvre durant 5 jours ou plus
- Congestion bilatérale de la conjonctive oculaire sans exsudat
- Changement a/n des muqueuses buccales : érythème, sécheresse, fissuration des lèvres, langue fraisée
- Changement a/n des membres : œdème et érythème périphérique, desquamation de la paume des mains, de la plante des pieds et du pourtour des ongles
- Éruption polymorphe surtout a/n thoracique (éruption maculo-papuleuse et érythémateuse)
- Adénopathies cervicales



# SYNDROME DU BÉBÉ SECOUÉ

## Définition

Ensemble des symptômes reliés chez un nourrisson qui a été secoué de façon violente en étant tenu par le tronc, les bras ou les épaules.

### Impacts nombreux :

- Fracture des bras, jambes, côtes
- Tête : fractures ou lacérations, déchirure de vaisseaux sanguins alimentant le cerveau, hémorragies aux yeux
- Ecchymoses
- Paralysie
- Problèmes de motricité
- Troubles comportementaux et cognitifs

## Indices du syndrome du bébé secoué

- Irritabilité
- Hémorragies sous-conjonctivales
- Ecchymoses (visage, cuir chevelu, bras, dos, abdomen)
- Fractures (crâne, os longs, côtes, multiples...)
- Fontanelle bombée ou tendue
- Hypotension
- Léthargie
- Vomissements
- Convulsions
- Perte de conscience
- Coma

## Indicateurs d'abus et/ou négligence (par les parents)

- **Histoire incompatible avec les blessures**
- Explications qui laissent à désirer en rapport avec la blessure
- Essaient de dissimuler les blessures de l'enfant
- Perçoivent l'enfant comme un problème
- Centrés sur leurs propres besoins
- Indifférence - hostilité - inquiétude excessive - impatience
- Réticence à fournir des informations / refusent les consentements requis pour des examens plus précis ou des photos
- Retard excessif à avoir recours des services
- L'enfant sera porté à donner la même version que ses parents, à les défendre (le peu de sécurité ou d'amour qu'ils reçoivent sont précieux)

# Impacts du syndrome du bébé secoué

## Physiques

- Ecchymoses, coupures, éraflures, trauma crâniens (séquelles), fractures, brûlures...

## Développementaux

- Retards de croissance, incapacités

## Intellectuels

- Retard de développement, troubles du langage, niveau d'attention faible, déficience au niveau de l'endurance ou de la dextérité manuelle, difficultés scolaires

## Affectifs

- Dépression, faible estime de soi, difficultés relationnelles, troubles psychiatriques, hyperactivité, faible capacité d'investissement émotif, réactions agressives

## Comportementaux

- Troubles de comportement, agressivité, délinquance, criminalité

# Le rôle de l'infirmière

- **DÉPISTER** (observation)
- **DOCUMENTER** dans les notes d'observations
  - Les évènements, les relations parents-enfant, les verbalisations, les signes et symptômes
- **RÉFÉRER** (obligation professionnelle et personnelle)
  - au CLSC
  - DPJ
  - à la travailleuse sociale
- **ASSURER**
  - les soins physiques et les soins psychologiques de l'enfant
- **SOUTENIR**
  - la famille et l'enfant
- **ÉVITER**
  - tout jugement: travailler sur les causes profondes

## Cas potentiel d'un enfant subissant des sévices

### Votre position stratégique à l'urgence :

- Le personnel infirmier occupe une position de 1<sup>ère</sup> ligne dans le dépistage d'abus de toutes sortes ou de négligence dont sont victimes certains enfants.
- Souvent la porte à laquelle les parents viennent frapper pour demander de l'aide.
- Soyez à l'affût des situations et des comportements problématiques et de les partager avec le MD afin de cibler l'intervention appropriée.

## Soins de l'enfant

- Valider les **connaissances et habiletés des parents** à donner des soins appropriés à l'enfant:
  - comment le nourrir
  - comment donner sa médication
  - comment prévenir des accidents
  - comment stimuler adéquatement son enfant



## Relations parent-enfant

- Comportement des **PARENTS** quand l'enfant s'adresse à eux (paroles et gestes)
- Comportement de **L'ENFANT** quand ses parents s'adressent à lui
- Comportement de **L'ENFANT ENVERS LES ÉTRANGERS** (infirmières, médecin) et cela en l'absence des parents : noter la différence si pertinente.

# ACCÈS AU DOSSIER CHEZ LE MINEUR ET CONSENTEMENT

## Accès au dossier d'un mineur 14 ans et MOINS

Ne peut avoir accès à son dossier, ni le droit d'être informé de l'existence d'un tel dossier médical, ni de son contenu.

Le titulaire de l'autorité parentale a accès au dossier d'un mineur, selon les conditions de l'article 8 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, à l'exception :

- Du dossier d'un mineur, si ce dernier a fait l'objet d'une intervention ou d'une décision prise en vertu de la Loi sur la protection de la jeunesse;

**et**

- Que l'établissement, par l'entremise du médecin traitant, après consultation auprès du Directeur de la protection de la jeunesse, arrive à la conclusion que la communication du dossier de ce mineur cause ou pourrait causer préjudice à la santé physique et mentale de ce bénéficiaire

## Accès au dossier d'un mineur : 14 ans et PLUS

A accès à son dossier s'il est non frappé d'incapacité juridique civile (bénéficie des mêmes droits que l'adulte capable).

Le titulaire de l'autorité parentale a accès au dossier de ce mineur sauf :

- Si ce mineur, après avoir été consulté par l'établissement, refuse que le titulaire de l'autorité parentale reçoive une communication de son dossier

**et**

- Si l'établissement, par l'entremise du médecin traitant, en vient à la conclusion que la communication du dossier de ce mineur au titulaire de l'autorité parentale causerait ou risquerait de causer préjudice à la santé physique ou mentale de ce mineur.

## Accès au dossier d'un mineur : mineur émancipé

Il existe deux cas d'émancipation :

- Mineur émancipé par le mariage
- Mineur non marié qui est émancipé par décision judiciaire

Il est important de souligner que lorsqu'un usager a un droit d'accès, que ce droit d'accès est soumis à certaines restrictions :

- Renseignements émanant d'un tiers;
- Renseignements concernant un tiers;
- Opinions juridiques – rapports d'enquêtes;
- Préjudice grave à la santé.

## Consentement aux soins

### La procédure suivante devrait alors s'appliquer :

- L'enfant est-il apte ou inapte à consentir? Est-il âgé de plus de 14 ans?
- **S'il est apte, obtenir son consentement;**
- S'il est inapte, y a-t-il urgence?
- S'il y a urgence, on traite sans consentement;
- Si c'est non urgent, est-ce qu'il y a un représentant légal\*?  
**AUTORITÉ PARENTALE!**
- Si présence d'un représentant légal\*, obtenir son consentement;
- S'il n'y a pas de représentant légal\*, obtenir le consentement du conjoint, du parent le plus rapproché, ou d'un proche qui démontre pour lui un intérêt particulier.

	SOINS REQUIS	SOINS NON REQUIS	SOINS D'URGENCE (VIE EN DANGER / INTÉGRITÉ MENACÉE)
<b>Usager apte à consentir</b>	Consentement par l'usager (11).	Consentement par l'usager(11).	Consentement par l'usager (11).  Aucun consentement n'est requis s'il y a impossibilité d'obtenir en temps utile (13). Si les soins sont inusités, devenus inutiles ou si leurs conséquences pourraient être intolérables pour la personne, le consentement devient alors nécessaire (13 at. 2).
<b>Usager de moins de 14 ans</b>	Consentement par le titulaire de l'autorité parentale ou le tuteur (14). Si empêchement ou refus injustifié de ce dernier, l'autorisation du tribunal devient alors nécessaire (16).	Consentement par le titulaire de l'autorité parentale ou le tuteur (18). L'autorisation du tribunal est également requise si les soins présentent un risque sérieux pour la santé ou s'ils peuvent causer des effets graves et permanents (18).	Consentement par le titulaire de l'autorité parentale ou le tuteur (14) si empêchement ou refus injustifié de ce dernier, l'autorisation du tribunal devient alors nécessaire (16).  Aucun consentement n'est requis s'il y a impossibilité de l'obtenir en temps utile (13). Si les soins sont inusités, devenus inutiles ou si leurs conséquences pourraient être intolérables pour l'usager, le consentement devient alors nécessaire.
<b>Usager de plus de 14 ans</b>	<u>Consentement par l'usager mineur</u> (14 at. 2).  En cas de refus de l'usager mineur, l'autorisation du tribunal est nécessaire (16 at. 2).	Consentement par l'usager mineur (17).  En cas de refus de l'usager mineur, l'autorisation du tribunal est nécessaire (16 at. 2).	Consentement par l'usager mineur (14 at. 2).  En cas de refus de l'usager mineur, l'autorisation du titulaire de l'autorité parentale ou du tuteur est requise (16 at. 2). S'il y a un empêchement ou un refus injustifié de ce dernier, l'autorisation du tribunal devient alors nécessaire (16).
<b>Usager mineur de plus de 14 ans</b>	<u>Avis au titulaire de l'autorité parentale</u> ou au tuteur requis si le mineur doit demeurer dans un établissement de santé ou de services sociaux <u>pendant plus de 12 heures</u> (14 at. 2.)	Consentement du titulaire de l'autorité parentale ou du tuteur requis si les soins présentent un risque sérieux pour la santé du mineur et peuvent lui causer des effets graves et permanents.	Aucun consentement requis si impossibilité de l'obtenir en temps utile (14). Si les soins sont inusités, devenus inutiles ou si leurs conséquences pourraient être intolérables pour l'usager, le consentement devient alors nécessaire (13 at. 2). En tout état de cause, un avis au titulaire de l'autorité parentale ou au tuteur est requis si l'usager mineur doit demeurer dans un établissement de santé ou de services sociaux pendant plus de 12 heures (14 at. 2).
<b>Usager majeur inapte à consentir</b>	Consentement par le mandataire, le tuteur ou le curateur ou à défaut par le conjoint. À défaut de conjoint ou en cas d'empêchement, consentement par un proche parents ou par une personne démontrant un intérêt particulier (15). Si le Curateur public assume la représentation de l'usager majeur, consentement par la personne qui a la garde du majeur ou par la personne que le curateur public désigne pour consentir, le cas échéant. Ce dernier peut toutefois réserver son consentement à l'égard de certains soins (263 et 264).  En cas d'empêchement ou de refus injustifié de la personne autorisée à consentir, l'autorisation du tribunal est nécessaire. Elle l'est également si l'usager majeur refuse catégoriquement de recevoir les soins, à moins qu'il ne s'agisse de soins d'hygiène ou d'un cas d'urgence. (16).	Consentement par le mandataire, le tuteur (18). Autorisation du tribunal également requise si les soins présentent un risque sérieux pour la santé ou s'ils peuvent causer des effets graves et permanents (18).	Consentement par le mandataire, le tuteur ou le curateur ou à défaut, par le conjoint. À défaut de conjoint ou en cas d'empêchement de ce dernier, consentement par un proche parent ou par une personne démontrant un intérêt particulier (15). Si le Curateur public assume la représentation de l'usager majeur, le consentement par la personne habilitée à consentir aux soins requis (263 et 264). En cas de refus injustifié ou empêchement de la personne autorisée à consentir, l'autorisation du tribunal est nécessaire. On ne tient pas compte du refus catégorique de la personne inapte à consentir (16). Aucun consentement requis si impossibilité de l'obtenir en temps utile (13). Si les soins sont inusités, devenus inutiles ou si leurs conséquences pourraient être intolérables pour l'usager, le consentement devient alors nécessaire (13 at. 2).

# AGRESSIONS SEXUELLES



## Procédure à suivre

Centre dédié : Saint-Jérôme

Infirmières de troussees dédiées

Pas de limite d'âge

Ne posez pas de questions, sauf :

« Quand l'évènement a-t-il eu lieu? »

Si délai de moins de 12h: prélèvements spécifiques

Ne pas faire boire, ni manger, ni mâcher de gomme

Si vous faites changer les usagers : mettez les vêtements dans un sac de papier brun, sans trop toucher.



# APPLICATIONS INTÉRESSANTES



**MedScape** – IOS et Android



**PRAM Score** – Android



**MedCalX** - IOS



**RASH** - IOS



**Sound Touch** - IOS

# MISES EN SITUATION SUPPLÉMENTAIRES

## Félix, 2 mois

On vous installe en provenance du triage Félix. Au rapport, l'infirmier vous mentionne que les parents ont consulté car bébé avait présence de congestion nasale et épisode de pâleur avec diminution de tonus. Suite à votre évaluation au chevet, les parents vous mentionnent que bébé boit moins, mais fait tout de même de bonnes mictions. Quelles sont vos interventions?

Saturométrie en permanence

Remplissage capillaire

Auscultation

Glucomètre (si non fait au triage)

Enseignement aux parents (boires, aspiration)

Toilette nasale

Position 45°

## Justine, 1 an

Installée pour une histoire de T° à la maison plus ou moins bien contrôlée par Tylenol et Advil. Les parents vous informent que Justine pleure énormément et ceci coordonne souvent avec une couche rempli d'urine. Maman vous mentionne qu'elle a noté une forte odeur nauséabonde lors du changement de couche. À quoi pensez-vous?

**Infection urinaire**

Quelles interventions allez-vous faire?

**Soulagez la douleur**

**Contrôle de la température**

**Encouragez hydratation**

**Quantifier les urines**

**Enseignement sur hygiène personnelle**

## Justine (suite)

Justine a été vu par le médecin qui a diagnostiqué une infection urinaire. Suite à l'installation du soluté, vous devez débuter des antibiotiques intraveineux. Le médecin vous prescrit la médication selon le poids de Justine qui est de 16 lbs, soit 5 mg/kg/jour.

Vous devez débuté 80 mg de Gentamycine die selon l'ordonnance du médecin. Que faites vous ?

Calcul de la dose

Double vérification

**Dose beaucoup trop élevée après la double vérification. Que faites-vous?**

**Avisez le médecin de l'erreur** (qui doit lui même prescrire dose totale et non seulement le calcul)

**Recalculer et refaire la double vérification**

Comment administrez vous la Gentamycine?

## Justine (suite)

Quelques minutes avant de vous rendre au chevet, la mère de Justine se met à crier «à l'aide». À votre arrivée, elle présente des tremblements des 4 membres, un regard fixe et ne réagit pas à l'appel de son nom. Ceci vous paraît durer une éternité, mais en réalité l'épisode ne dure que quelques secondes.

Que vient-il de se produire selon-vous?

**Convulsion fébrile**

Quelles sont vos interventions?

**Avisez le médecin**

**Rassurez les parents**

**Signes vitaux et neurologiques**

**Tylenol / Advil PRN**



## Raphaël, 6 semaines

Installé pour une histoire de convulsions avec regard fixe selon les parents. À votre évaluation, il ne suit pas les objets ou le son de votre voix. Les SV sont normaux. Le père vous dit qu'il est moins réactif qu'à l'habitude et qu'il est plaintif. Nous n'avons aucune donnée de poids.

Que faites-vous?

Évaluation des boires et des mictions

Signes neurologiques

Mise a nu pour la pesée

Évaluation visuelle physique

Examen des fontanelles

Aviser le médecin de votre évaluation

Avant l'évaluation du médecin, le père vous informe que Raphaël est soudainement très somnolent. Que faites vous?

Prise de signes vitaux et neurologiques

Transfert aire de choc/réanimation

## Marguerite, 8 ans

Marguerite s'est présentée avec sa marraine. Elle est installée pour douleur abdominale péri-ombilicale avec contexte subfébrile et histoire de vomissements la veille.

Quelles sont vos interventions?

Signes vitaux

Tylenol PRN (si non reçu au triage)

Palpation (non profonde) abdominale

Questionnez si dlr mictionnelle

Elle est ensuite vue par le médecin qui vous prescrit de l'Advil. Vous l'administrez et cela la soulage. Cependant, elle sera sous observation toute la nuit et aura une échographie abdominale au matin.

## Marguerite (suite)

Vers 6h am, Marguerite s'éveille et vomit en se tenant l'abdomen du coté droit. Au contrôle des SV, vous notez une température à 38.7°C buccale.

Que faites vous?

Signes vitaux

Palpation superficielle de l'abdomen ( McBurney +)

Soulager douleur

Que se passe-t-il selon vous?

Appendicite perforée probable

Complications possibles ?

Péritonite

# ATELIER PRATIQUE SUR LES TECHNIQUES DE SOINS

# RÉFÉRENCES

<https://clemedicine.com/examen-clinique-du-nouveau-ne-et-depistages-neonatals/>

Ball-ruth, J. *Soins infirmier en pédiatrie* (2<sup>e</sup> édition)

© Organisation mondiale de la Santé (2010), *Triage, évaluation et traitement d'urgence (TETU)*

AQESSS

Duhamel, L. (2009) *Évaluation de la santé de l'enfant et de l'adolescent 2* (SOI 3653)

Wong, D.L (1994) *Whaley and Wong's Nursing Care of infants and children*. St-Louis : Mosby (p. 223)

Bates, B. (1992) *Guide de l'examen clinique*. Paris : Casimir-Delavigne. (p. 580 et 583)

James, D.K. ; Steer, P.J.; Weiner, C.P.; Gonik, B. (1994) *High Risk Pregnancy Management Options*. Toronto.

## Références (suite)

<http://www.vulgaris-medical.com/encyclopedie-medicale/laryngite-striduleuse-aigue>

Fréchette, J.-G. *Droit d'accès aux dossiers de santé (LSSSS)*. Art.7-8, Règle 2-4 et 10-11

<http://www.cjlaurentides.qc.ca/nosservices/protection-de-la-jeunesse>

<http://www.urgencehsj.ca/referentiels/signes-vitaux-normaux-chez-lenfant/>

<http://www.prevention-medicale.org/gestion-des-risques-lies-aux-soins/methodes-de-prevention/sbar.html>

[http://www.institute.nhs.uk/quality\\_and\\_service\\_improvement\\_tools/quality\\_and\\_service\\_improvement\\_tools/sbar\\_-\\_situation\\_-\\_background\\_-\\_assessment\\_-\\_recommendation.html](http://www.institute.nhs.uk/quality_and_service_improvement_tools/quality_and_service_improvement_tools/sbar_-_situation_-_background_-_assessment_-_recommendation.html)

Canuel, A., Sauvé, C. (2018) *Le triage et l'ÉTG*. Formation Chu Ste-Justine

Pinard, C. (2018) *L'examen physique des différents systèmes et l'ÉTG pédiatrique*. Formation Chu Ste-Justine

Méthodes de soins informatisés (MSI)

# Remerciements

## Élaboration du contenu 2018:

- Conseillères en soins infirmiers secteur urgence du CISSS des Laurentides : Sarah Campeau et Annick Martel
- Formatrices pédiatriques du CISSS des Laurentides : Stéphanie Thibault (inf. clin.) et Caroline Provost (Inf. clin.)

## Collaboration pour la mise à jour :

- Conseillères en soins pédiatrie et néonatalité : Lise Dumont et Martine Lafrance

Version mise à jour décembre 2018