



SE FORMER

Kit pédagogique « Soins infirmiers aux enfants atteints de bronchiolite »

Décembre 2020

Sommaire

Présentation du kit pédagogique «Soins infirmiers aux enfants atteints de bronchiolite»	3
Prise en charge de la bronchiolite aigüe du nourrisson	6
Kit ventilation bronchiolite	13
La bronchiolite	17
L'enfant malade	19
Développement du raisonnement clinique partagé selon le modèle clinique tri-focal au sein de l'AP-HP	30
Plan de soin d'un enfant atteint de bronciolite	41
Médiagraphie	51
Bibliographie	51

Présentation du kit pédagogique «Soins infirmiers aux enfants atteints de bronchiolite»

GROUPES DE TRAVAIL

♦ Cadres de santé formatrices puéricultrices :

Maia Autin, Sophie Barthélémy Legendre, Adeline Pensedent, Sabrina Ramzi.

♦ Direction IFSI PICPUS & École de puériculture de l'APHP :

Ellen Hervé.

♦ Coordination pédagogique IFSI PICPUS:

Sylvia Mirabel.

♦ Experts :

Dr. Laura Berdah, Gaëlle Le Fischer, Hascoat, Gwenaël, Marion Roullier, Marc Jouany, Anita Foureau, Sandrine Tyzio, Pr Stéphane Dauterive, Pr Albert Faye, Dr Jérôme Naudin

CONTEXTE

♦ En lien avec les recommandations du Rapport IGAS Bronchiolite 2019 :

• Recommandation 5 : « Avancer à juin la préparation aux épidémies hivernales. »

• Recommandation 9 : « Mettre en place une politique active de stages infirmiers et puéricultrices dans les services de soins critiques en lien avec les instituts de formation. »

♦ Élaboration d'un outil de formation afin de mobiliser des étudiants pour la prise en soins d'un enfant atteint de bronchiolite au sein des services de pédiatrie de l'AP-HP

POPULATION CIBLEES

♦ ESI de 3ème année de l'ensemble des instituts de formation de l'AP-HP

♦ Etudiant(e) puériculteur (trice) de l'école de puériculture de l'AP-HP en complément de la formation institutionnelle spécifique « soins infirmiers en réanimation pédiatrique dans le contexte d'épidémie de bronchiolite »

OBJECTIFS DE FORMATION

♦ Connaître la physiopathologie de la bronchiolite,

♦ Identifier les signes d'alertes et d'aggravation

♦ Participer à la prise en soins de l'enfant atteint d'une bronchiolite

♦ Participer au développement des compétences parentales pour la réalisation des soins spécifiques à la bronchiolite

♦ Connaître le retentissement de l'hospitalisation sur le développement psychomoteur et affectif de l'enfant de la naissance à 24 mois

CONTENU DU KIT

♦ Physiopathologie de la bronchiolite

♦ Retentissement de l'hospitalisation sur l'enfant et son entourage

♦ Matériel de ventilation non invasive

♦ Techniques de soins

♦ Ressources documentaires

PRINCIPAUX SUPPORTS PEDAGOGIQUES

♦ Physiopathologie de la bronchiolite présentée à l'aide d'un diaporama du Dr. Laura Berdah (Pneumologue à l'Hôpital TROUSSEAU)

♦ Retentissement de l'hospitalisation sur l'enfant et son entourage présenté à l'aide d'un diaporama de Gaëlle Le Fischer (psychologue clinicienne à l'Hôpital NECKER)

♦ Matériel de ventilation non invasive présenté à l'aide d'un diaporama de Hascoat Gwenaël (infirmier référent à l'Hôpital TROUSSEAU)

♦ En cours de production : techniques de soins présentées sous forme de capsules vidéos sur la désobstruction rhinopharyngée, l'aspiration et les conseils aux parents Marion Roullier (infirmière PG référente pédagogique à l'Hôpital R. DEBRÉ)

MODALITES PEDAGOGIQUES D'UTILISATION DU KIT

♦ Présentation en se référant à l'ordre numérique des contenus

♦ Présentation du kit aux étudiants avant le départ en stage (30 minutes à 1 heure) par un formateur de l'institut de formation

PREMIER JOUR DE STAGE

♦ Matin : Temps de travail personnel de l'étudiant à partir du kit (4 heures)

♦ Après-midi : Accueil de l'étudiant par le référent de stage, échanges suite à son travail personnel et temps d'observation des soins en lien avec le kit.

Prise en charge de la bronchiolite aiguë du nourrisson

Dr Laura BERDAH, Chef de clinique

Service de pneumologie pédiatrique, Hôpital Trousseau

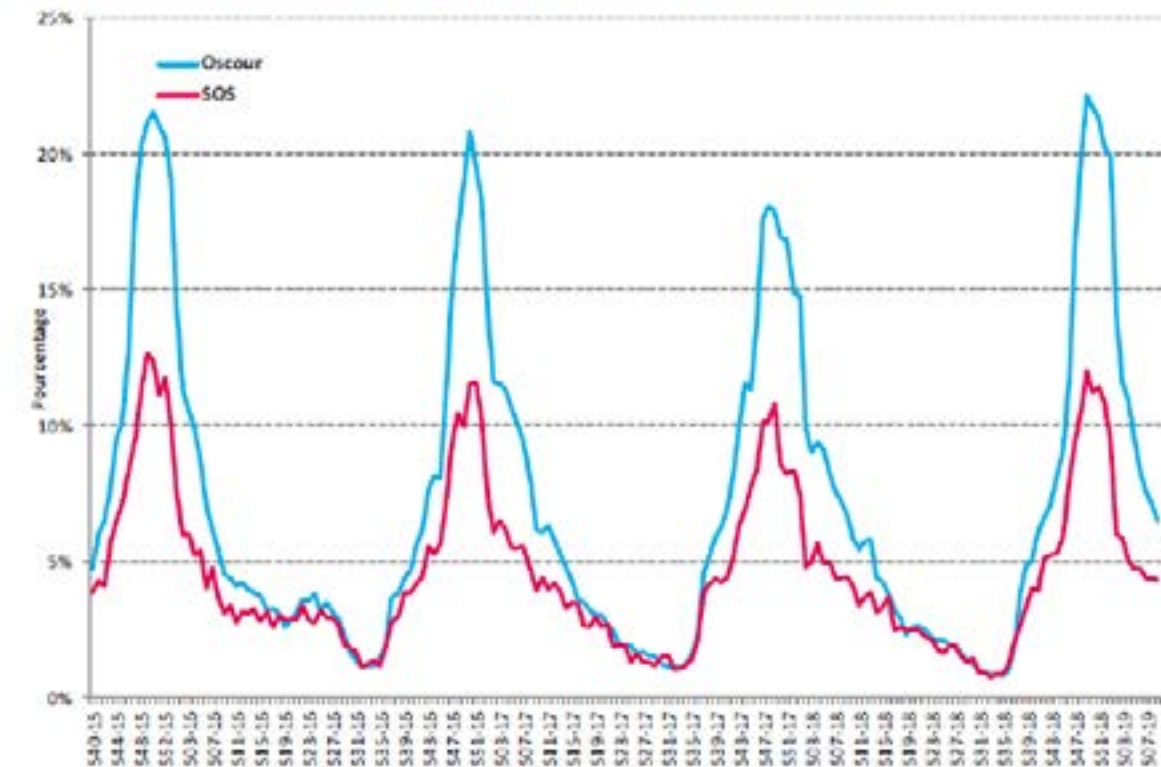
Définition

- ♦ Pathologie infectieuse virale des voies aériennes inférieures, caractérisée par une détresse respiratoire.
- ♦ Nourrissons (2-8 mois)
- ♦ Période épidémique, hiver +++
- ♦ Début par une rhinopharyngite peu ou pas fébrile
- ♦ A l'examen :
 - Toux
 - Dyspnée obstructive avec polypnée
 - Tirage, surdistension thoracique
 - Wheezing et/ou râles sibilants et/ou sous-crépitaux à prédominance expiratoire

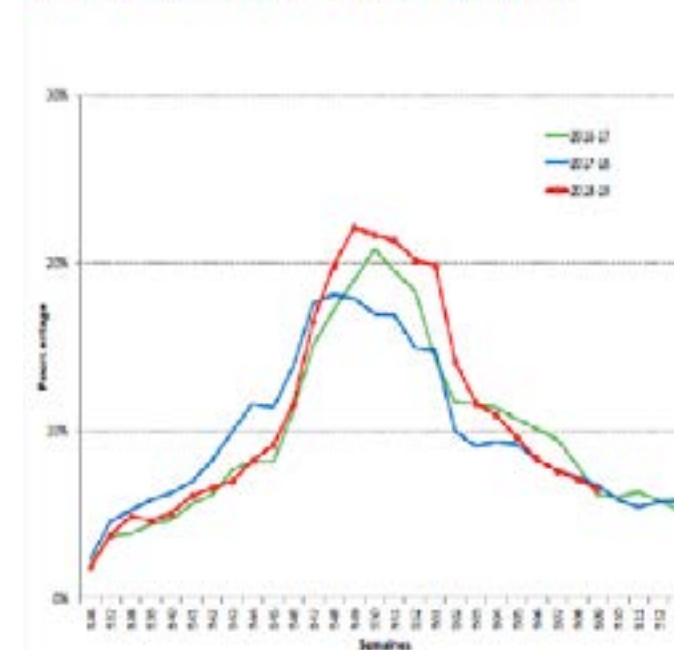
Epidémiologie

- ♦ Pic épidémique: décembre – janvier
- ♦ 500 000 cas par an en France, incidence > 20/1000
- ♦ 30% des nourrissons de 1 mois à 2 ans, ratio garçons/filles 0,6
- ♦ Max entre 2 et 8 mois
- ♦ 5% ont recours à l'hôpital
- ♦ 2% sont hospitalisés

Proportion des passages aux urgences (OSCOUR®) et des actes médicaux SOS Médecins pour bronchiolite parmi les passages ou les actes médicaux toutes causes codées chez les enfants de moins de 2 ans, France métropolitaine, semaines 40/2015 à 09/2019



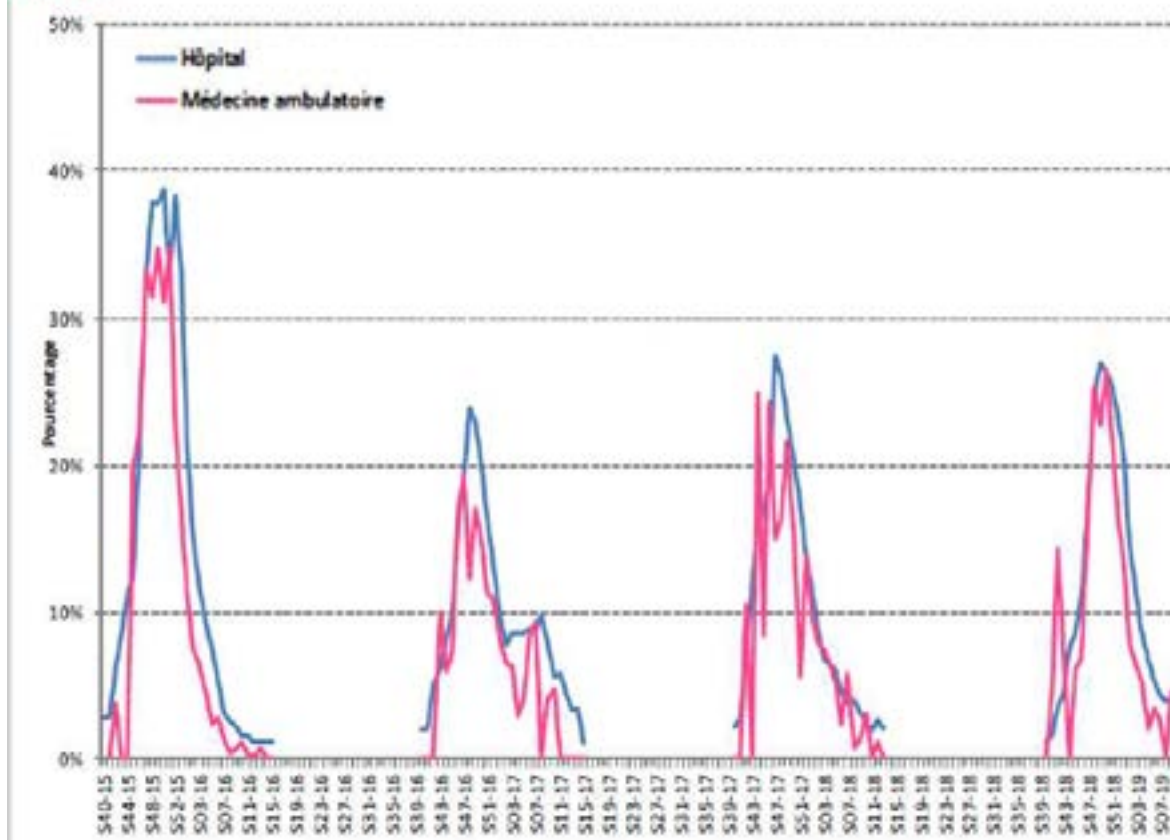
Proportion de passages pour bronchiolite parmi les passages aux urgences en métropole chez les enfants de moins de 2 ans, 2016-2019



Epidémiologie, virus

- ♦ VRS : 70 à 80 % (2 sous-types A et B)
- ♦ Autres : Métapneumovirus A et B, rhinovirus, parainfluenzae, influenzae, adénovirus, coronavirus
- ♦ Co-infection virale = 25-30%
- ♦ Transmission cutanéomuqueuse
 - Direct : gouttelettes (toux, éternuements)
 - Indirect : mains, matériel souillé
- ♦ Survie (VRS) : 30 min sur la peau et 6-7 h sur les objets ou le linge.

Proportion¹ de prélèvements hospitaliers² et de prélèvements en médecine ambulatoire³ positifs pour le Virus Respiratoire Syncytial (VRS), tous âges, France métropolitaine, semaines 40/2015 à 09/2019



Physiopathologie

- ♦ Incubation : 2 à 8 jours
- ♦ Multiplication du virus au niveau de la muqueuse nasale avant de gagner les voies respiratoires inférieures
- ♦ Elimination : 3 à 7 jours (4 semaines)
- ♦ Réparations ciliaires : 3 - 4 semaines
- ♦ Obstruction d'origine endoluminale (bouchon muqueux) et murale (inflammation pariétale)

Clinique

- ♦ Début : rhinopharyngite peu fébrile + toux sèche
- ♦ Evolution dans 20% des cas (24-72h) vers une atteinte bronchiolaire.
- Phases: 1) spastique 2) sécrétante
- ♦ Guérison: spontanée le plus fréquemment en 5 à 7 jours
- ♦ Expiration active, poussée, ± bruyante, sifflante, freinée
- ⇒ **DYSPNÉE À PRÉDOMINANCE EXPIRATOIRE**
- ♦ Crépitants, râles bronchiques, sibilants souvent audibles à distance (wheezing)

Evaluation clinique de la gravité

- ♦ Intensité de la polypnée FR > 60/min
- ♦ Respiration superficielle
- ♦ Recours aux muscles respiratoires accessoires
 - Tirage intercostal, tirage sous costal , tirage sus sternal
 - Entonnoir xiphoïdien
 - Balancement thoraco-abdominale
 - Battement des ailes du nez
 - Geignement expiratoire
- ♦ Signes d'hypercapnie
- ♦ Hypoxie SpO2 ≤ 92%
- ♦ Diminution de la prise alimentaire < 50% des rations habituelle

RISQUE = épuisement respiratoire

- Apnées
- Troubles de la conscience
- Arrêt respiratoire
- Décès

Facteurs de risque associés aux formes graves

- ♦ Age < 6 semaines
- ♦ Grande prématurité < 30 SA
- ♦ ATCD de dysplasie bronchopulmonaire ou d'assistance respiratoire néonatale
- ♦ Pathologies respiratoires sous jacentes
- ♦ Pathologies neuromusculaires
- ♦ Cardiopathies
- ♦ Déficit immunitaire

Examens complémentaires

- ◇ Inutiles dans la majorité des cas
- ◇ Radio de thorax si forme grave
 - Le plus souvent normale
 - Distension thoracique
 - Atélectasies
- ◇ NFS, CRP, ionogramme au cas par cas
- ◇ ECG, ETT en cas de suspicion de myocardite
- ◇ Recherche virale non systématique

Prise en charge de la bronchiolite non compliquée

- ◇ Désobstruction rhinopharyngée (DRP) au sérum physiologique avant chaque biberon
- ◇ Aspiration nasopharyngée si besoin
- ◇ Adapter l'alimentation : fractionnement des biberons
- ◇ Kinésithérapie respiratoire
 - Effet délétère dans les formes sévères
 - Absence d'effet sur le temps d'hospitalisation
 - Donc pas systématique
 - Applications d'aspirations lentes et douces améliore le confort de l'enfant chez les patients suivis en externe
- ◇ Pas de traitement médicamenteux spécifiques
 - Pas d'antitussifs
 - Pas de mucolytiques
- ◇ Antipyrétiques si besoin
- ◇ Antibiotiques si surinfection bactérienne

Prise en charge de la bronchiolite aigue hospitalisée

- ◇ Assistance respiratoire
 - Oxygénothérapie : Objectif de SpO2 > 94%
 - * Lunettes: jusqu'à 3L/mn
 - * Masque simple: 3 à 8L/mn
 - * Masque à haute concentration
 - réservoir souple (enrichissement à 100% en O2)
 - deux ouvertures latérales avec valves souples (évacuation du gaz expiré (CO2), empêche l'entrée d'air ambiant)
 - 9 l/min minimum, réservoir toujours plein
- Lunettes haut débit
- Ventilation non invasive (VNI) par masque ou canule

- Ventilation mécanique avec intubation intratrachéale
- ◇ Assistance nutritionnelle
- Nutrition entérale par SNG
 - * Continue ou discontinue
 - * Vérifier la position de la sonde
 - * Surveillance de la tolérance (nausées, vomissements, aggravation)
- ◇ VVP pour hydratation IV

Evolution et retour à domicile

- ◇ Retour à domicile précoce, HAD
- ◇ Guérison dans les 5-7 jours
- ◇ 20 à 50% des nourrissons sifflent et toussent jusqu'à J10-J14
- ◇ Complications : bronchiolite oblitérante, asthme du nourrisson
- ◇ Rechutes 25-60%
- ◇ Décès 0,08%, 2,9% en réanimation et 4,4% si pathologie sous jacente

Transmission, contagiosité

- ◇ Virus hautement contagieux
- ◇ Transmission gouttelettes, surfaces et mains
- ◇ Eviter la promiscuité (crèches, transports en communs, hypermarchés)
- ◇ Lavage des mains +++
 - Pour les soignants
 - Masque FFPI
 - Surblouses pour chaque enfant +++
 - Lavages des mains
- Désinfection des surfaces
- À l'hôpital, isolement respiratoire

Prevention secondaire : Synagis

- ◇ Anticorps monoclonal anti-VRS
- ◇ Activité neutralisante vis-à-vis des types A et B du VRS (reconnaît 389 souches)
- ◇ Dirigé contre le site antigénique de la protéine de fusion du VRS:
 - inhibition de la fusion cellulaire induite par le virus.
 - Réduction de la réplication du virus au niveau pulmonaire.
- ◇ Anticorps humanisé :
 - 95% de génome humain
 - 5% de génome murin (peu immunogène)

- ◇ Diminution de 45-55% des hospitalisations pour infection sévère à VRS chez :
 - les prématurés (=ou<32SA), âgés de moins de 6 mois au début de l'épidémie à VRS
 - les enfants de moins de 2 ans traité pour DBP dans les 6 derniers mois
 - les enfants de moins de 2 ans présentant une cardiopathie congénitale avec retentissement hémodynamique
- ◇ Diminution de la sévérité de l'infection :
 - diminution de la durée d'hospitalisation
 - diminution de la durée d'oxygénothérapie
- ◇ Injection intramusculaire de 15 mg/kg
- ◇ Toutes les 4 semaines
- ◇ 5 injections au total
- ◇ Débutées avant le début de l'épidémie pendant toute la saison (septembre à mars)
- ◇ Coût: 4000 euros/patient/an
- ◇ En cas d'allongement du temps entre les injections, le taux d'anticorps diminue en dessous d'une limite protectrice.

Kit ventilation bronchiolite

Service Réanimation pédiatrique et néonatale

Hôpital Trousseau, Paris AP-HP

PRISE EN CHARGE AUX URGENCES

Tableau clinique:

- ◇ fatigue, perte d'appétit (difficulté alimentaire, ne fini pas ses biberons, tétés plus courtes).
- ◇ difficultés respiratoires, signes de lutte, polypnées, cyanose, toux, sécrétions nasales
- ◇ syndrome fébrile possible.
- ◇ Contage familiale (fratrie, parents, visites domiciles, crèche...)
- ◇ Atcd (ex-prema, épisode de bronchiolite)

PRISE EN CHARGE INITIALE IDE

- ◇ Prioritairement ces nourrissons vont être mis à jeun car la prise alimentaire pour les plus petits nécessite un effort particulier et sur le plan respiratoire la mécanique ventilatoire et la respiration quasi exclusive nasale fragilise d'autant plus ces enfants.
- ◇ Complément d'abord par voie parentérale et fractionnement des ingestas avec de petits volumes de lait en reprise douce.
- ◇ Oxygénothérapie passive et DRP.
- ◇ Participation bilan sang (GDS, iono, nfs....).
- ◇ Radio pulmonaire (recherche de foyer de surinfection bronchique, d'atélectasie, pneumothorax...).

SURVEILLANCE IDE (PRE REA)

Evolution clinique, les signes de lutte: quasi constant ne permettant pas de signifier la gravité, évaluer surtout la majoration de la polypnée et surtout les signes d'épuisement.

Signes de gravité:

- ◇ Tble de la conscience+++, avec baisse de la vigilance, ne réagit presque plus au soins.
- ◇ Modification de la composante respiratoire, irrégularité de la FR labilité ave polypnée puis ralentissement, risque de pause voire d'arrêt respiratoire pouvant entraîner un ACR.
- ◇ EX-préma et nouveau né, rapidité dans les dégradations, vigilance+++
- ◇ Troubles hémodynamiques associés.
- ◇ Hypercapnie avec acidose associée.
- ◇ L'oxygéo-dépendance est rarement retrouvée dans les phases de compensation (O2 souvent <1,5-2l/min) et en phase de décompensation l'oxygénothérapie passive seule ne corrige rarement l'hypoxémie retrouvée.

PASSAGE EN USC/REA

Plusieurs cas possible:

- ♦ Mauvaise cinétique, majoration hypercapnie-acidose
- ♦ Troubles hémodynamiques avec essai d'un premier remplissage sans amélioration
- ♦ Cardiopathie / pathologie pulmonaire chronique
- ♦ Pause respiratoire avec reprise au BAVU
- ♦ ACR

PRISE EN CHARGE USC/REA

- ♦ Evaluation clinique, attention au diagnostic différentiel de myocardite (Echo Cardiaque, palpation du foie et recherche d'hépatomégalie signe d'insuffisance cardiaque.)
- ♦ Rapidement débiter la Ventilation Non Invasive, souvent dispositif monté avant l'arrivée de l'enfant.
- ♦ Accueil des parents, informations++, gérer l'état de fatigue et de détresse émotionnelle...
- ♦ Maintenir les voies aériennes supérieures libres, DRP++++, aspirations ORL régulières, perfusion pour la mise à jeun.

MISE EN PLACE DE LA VNI

VNI=Ventilation mécanique ce n'est pas de l'oxygénation passive, principe de gestion d'un débit, d'une (ou de deux) pression(s), de la FIO₂.

La VNI est générée par un respirateur via un circuit et est connecté à l'enfant par une interface. Le mélange AIR/OXYGÈNE est humidifié et réchauffé.

Différentes modalités: Les noms commerciaux souvent utilisés par défaut comme le nom de technique ventilatoire.

Bubble CPAP, RAM cannula, NCPAP (néonatale), OHD (oxygène haut débit), Masque facial, casque,...

Différents modes ventilatoire (différents selon les respirateurs utilisés): VS-PEEP (+AI), OHD, BIPAP (+AI), PPCN,...

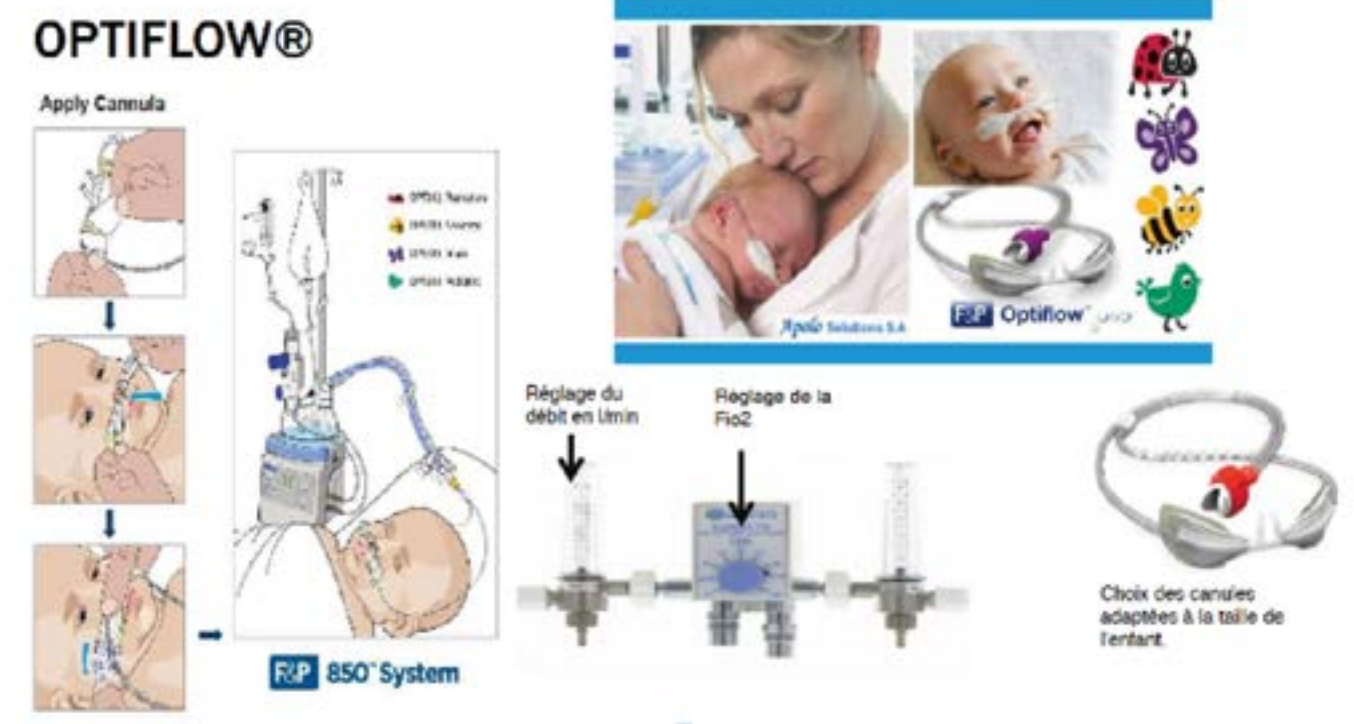
VNI

- ♦ Moins de risques que la Ventilation Invasive (infectieux, gestion des prothèses, gestion de la sédation, confort).
- ♦ Moins efficace que la ventilation Invasive: Support partiel, pré ou post intubation, pour les bronchiolites parfaitement adaptée le temps de récupérer une mécanique ventilatoire convenable puis de retrouver une autonomie alimentaire (sein ou biberon).
- ♦ Différents type de matériels selon centre mais très semblable et mêmes principes

MATÉRIEL DE VNI

OHD (oxygène haut débit) :

- ♦ Principe, délivrer une pression continue générée par un débit continu avec en paramètre 2 à 3 l/kg/min et régulation de l'oxygène en FIO₂ (entre 21 et 100%).
- ♦ Interface ressemblant à des lunettes à oxygène simples mais cette thérapie ne doit pas être mise en place dans le service de salle, utilisation en USC au minimum ou seulement dans l'attente d'un transfert dans une unité spécialisée.
- ♦ Ventilation sur respirateur de REA ou respirateur exclusivement dédié à cet effet (OPTIFLOW®, AIRVO®), avec air réchauffé et humidifié

**RAM CANNULA®**

Interface proche des canules OPTIFLOW, mais réglage d'une pression (PEEP) et mesure de la pression ressentie au niveau de l'interface et de la sphère ORL.



MATERIEL DE REANIMATION

La Ventilation Non Invasive peut s'effectuer sur des appareils à usage exclusive (Optiflow, AIRVO2, INFANTFLOW), ou être paramétré sur les respirateurs de Réa, cette technique de ventilation devra être donc choisie sur le respirateur via le choix de mode INVASIVE/NON INVASIVE ou SONDE/MASQUE.

Dans les services de Réa et d'USC on utilisera un circuit de respi à deux branches (Inspi et Expi) et un réchauffeur/ humidificateur sur la branche

MATERIEL DE VNI

- ♦ CPAP : Principe, délivrer une PEEP continue réglée et monitorée, (+3 ou +4 jusqu'à +7 cmH₂O)
- ♦ BIPAP : même principe mais deux niveaux de pressions, avec donc une pression inspiratoire au dessus du niveau de la PEEP, permettant d'entraîner et régulariser la fréquence respiratoire de l'enfant (effet souhaité de synchronisation des cycles ventilatoires et de diminuer les efforts).

Dispositif connecté au circuit des respirateurs de Réanimation.

Plusieurs interfaces possible.

Air humidifié et réchauffé.

BUBBLE CPAP

- Suit bigger babies of up to 45cm head circumference
- Holds nasal tubing firmly in place
- Adapts to the contour of the head for a comfortable fit
- Soft & pliable material
- Easy to set up
- Supports all caring positions
- Provides patient comfort



VNI MASQUE TOTAL



La bronchiolite

Sabrina Ramzi

Puericultrice Cadre de santé

- ♦ La bronchiolite est une infection virale respiratoire épidémique, saisonnière (contexte hivernal), qui débute par une rhino pharyngite aiguë, puis atteint les voies respiratoires inférieures.
- ♦ Le virus respiratoire syncytial (VRS) est l'agent étiologique dans 70% des cas.
- ♦ Le mode de transmission est par gouttelette / contact : résistance 30 min sur la peau et 6 à 7 heures sur l'environnement.
- ♦ Formes bien tolérées
 - Fréquence respiratoire (FR) < 60/min
 - Saturation en oxygène (SpO₂) > 95%
 - Respiration ample
 - Bonne réactivité
 - Alimentation non perturbée
- ♦ Signes de gravité
 - Détresse respiratoire (polypnée, bradypnée, signes de lutte, apnées, cyanose, désaturation, acidose respiratoire)
 - Encombrement des voies respiratoires
 - Tachycardie et/ou diminution de la perfusion périphérique/centrale
 - Teint grisâtre, cyanose
 - Diminution du tonus
 - Difficultés à s'alimenter
 - Vomissements ou diarrhées
 - Hyperthermie
 - Altération de la conscience ou au contraire agitation
 - Collapsus
- ♦ Nourrisson < 6 semaines
- ♦ Antécédent de prématurité < 34 SA
- ♦ Bronchodysplasie
- ♦ Cardiopathie congénitale
- ♦ Immunodépression
- ♦ Favoriser un environnement calme et le repos.
- ♦ Favoriser l'expansion thoracique et la surveillance respiratoire en ôtant les vêtements serrés ou gênants.
- ♦ Position proclive ou dite orthostatique : consiste à maintenir en position demi assise pour les nourrissons qui n'ont pas encore acquis une posture assise stable.

- Installation en décubitus dorsal :
- * sur un plan incliné à 30 ou 60 par rapport à l'horizontale
- * maintenu dans « un hamac », facilitant les mouvements respiratoires et limitant les régurgitations.
- * entouré par des billots placés de chaque côté ou cocon de posturage

Maintenir des apports hydriques et caloriques suffisants:

- » Chez les nourrissons
- fractionnement des repas pour limiter les vomissements et les efforts liés aux prises alimentaires.
- évaluer la quantité des apports et informer le médecin si l'enfant se fatigue à la prise des biberons.
- » Chez les plus grands
- Faire boire suffisamment
- Inciter à manger sans forcer

Le choix d'une alimentation par sonde nasogastrique relève de la prescription médicale.

- ◇ Contrôle de la tolérance alimentaire
- Contrôler l'aspect et le volume des résidus gastriques avant chaque alimentation : de couleur du lait ou jaune, ils ne doivent pas dépasser la moitié du volume de lait donné à chaque gavage. Ils sont ensuite réinjectés.
- En cas de résidus verts, arrêter l'alimentation et prévenir le médecin.
- Surveillance des selles: nombre, aspect macroscopique (consistance, couleur, odeur, absence de sang, de glaires).
- ◇ Contrôle de l'alimentation: il est essentiel de maintenir une autonomie alimentaire et stimuler l'oralité de l'enfant
- ◇ Contrôle de la position de la sonde nasogastrique
- Position de la sonde à vérifier à chaque utilisation
- Fixation de la sonde:
- * Un pansement de type duoderm est utilisé pour protéger la peau de l'enfant.
- * La fixation doit être solide mais ne pas comprimer l'aile du nez
- ◇ Utiliser du matériel à usage unique destiné à l'alimentation entérale

L'enfant malade

Gaëlle LE FICHER, Psychologue Clinicienne

Département d'Anesthésie Réanimation Pédiatrique. Hôpital Necker-Enfants Malades

L'enfant et la maladie

- ◇ Réactions psychologiques à la maladie font partie intégrante du processus de maladie, influençant parfois son évolution elle-même.
- ◇ Souffrance psychologique complexe liée à :
 - la maladie
 - aux séparations
 - aux handicaps
 - aux limitations d'activité
 - aux changements de rythme de vie et de relation aux autres...
- ◇ Retentissement psychologique de la maladie chez l'enfant est double:
 - Direct : réactions de l'enfant.
 - Indirect : réactions de l'entourage dont l'enfant dépend socialement et affectivement.
- ◇ Réactions face à la maladie fonction de:
 - Sexe : garçons parfois plus introvertis que les filles, statut et place de l'enfant dans la famille, attentes familiales et culturelles sur l'enfant en fonction de son sexe et de l'histoire familiale.
 - Âge : stade développemental en cours détermine les réactions de l'enfant mais aussi de ses parents (petite enfance: facteur majorant l'angoisse des parents).
 - Rang dans la fratrie : enfant unique, aîné, cadet, écho au rang dans la fratrie des parents eux-mêmes.
 - Fonctionnement psychique antérieur de l'enfant.
 - Modifications de l'image corporelle : attaque fantasmée ou réelle du corps.
 - Théories étiologiques de la maladie.
 - Structuration familiale antérieure.

L'expérience de perte

- ◇ Le processus de deuil est un processus psychique normal d'adaptation, structurant et incontournable, singulier et
- ◇ non linéaire.
- ◇ Perte d'objet : personne, idéal, entité.
- ◇ Pas de deuil type, grande variabilité interindividuelle.

L'enfant et la mort

- ◇ Pour le petit enfant, la mort et la maladie :
 - ne sont pas naturelles.
 - sont provoquées par quelqu'un d'autre et il est possible d'en échapper.
 - sont contagieuses, d'où la peur de mourir ou d'être également malade dans la fratrie.
 - ne sont pas irréversibles.
- ◇ Le tout petit ne connaît pas la mort mais l'absence temporaire et réversible.
- ◇ Vers 4 ans, on sait qu'on ne peut plus manger ni parler quand on est mort.
- ◇ Vers 6 ans, on comprend l'irréversibilité de la mort.
- ◇ Autour de 8 ans, la mort est universelle, irréversible et irrévocable.
- ◇ Vers 9/10 ans, la mort est un élément indissociable à la vie.

Le temps de l'annonce

- ◇ Annonce à l'enfant par le médecin ou les parents.
- ◇ Être dans la vérité de l'enfant.
- ◇ Le mensonge est délétère.
- ◇ Attendre les questions et y répondre.
- ◇ Responsabilité du médecin.
- ◇ Le nom de la maladie sera prononcé en temps opportun.
- ◇ Rôle de pare-excitation de l'adulte.
- ◇ Adaptabilité de l'enfant.
- ◇ Utiliser le personnel en relais.
- ◇ Mettre des mots sur les émotions.
- ◇ Emotions importantes à respecter pour sortir de la sidération
- ◇ Temps de l'annonce de la maladie
 - Hôpital: environnement déréalisant, lieu inconnu et anxiogène.
 - L'annonce brusque et inattendue: effroi psychique, impréparation.
 - La maladie de l'enfant et parfois le risque de mort sont vécus comme impensables.
 - Sidération physique et psychique.
 - Incrédulité.
 - Sentiments d'irréalité et d'arbitraire.
 - Colère et révolte.
- ◇ Puis intégration intellectuelle de la matérialité des faits
 - L'émoussement affectif, l'absence d'expression émotionnelle, signe une lutte défensive contre une réalité intolérable et dévastatrice pour la psyché alors débordée. Mutisme, pétrification des affects, amimie, ralentissement psychomoteur...

- L'orage émotionnel témoigne quant à lui d'une intégration psychique effective de la perte par une décharge sensorielle et physique d'une tension qui ne peut être absorbée par la seule psyché. Cris, pleurs, malaise vagal, agitation, agressivité...

L'état dépressif

- ◇ L'état dépressif
 - Véritable état dépressif (# dépression)
 - * Perte de désir et d'envie (autre que l'être aimé)
 - * Dépression de l'humeur
 - * Désintérêt pour le monde extérieur
 - * Culpabilité consciente et inconsciente
 - Souffrance exprimée sur le mode d'un sentiment d'abandon, de manque et de solitude.
 - Tentative effrénée de retrouver l'être aimé disparu. Primauté du sensoriel.
 - Le processus de deuil est un travail psychique durant lequel la libido doit se retirer de tous les liens qui la rattachent à l'objet.

Le temps de l'adaptation

- ◇ Temps du rétablissement
 - Réinvestissement libidinal de nouveaux objets d'intérêt
 - * Capacité à ressentir de nouveaux désirs et à l'exprimer.
 - * Modification du socle des croyances spirituelles et philosophiques, des aspirations personnelles.
 - Amélioration de l'humeur
 - * Amendement progressif de l'état dépressif
 - * Attention portée à l'objet de substitution
 - Apaisement du sentiment de culpabilité
 - Le deuil normal est un travail qui n'est jamais totalement achevé.
 - « Travail de la maladie

Le temps de l'adaptation

- ◇ Sidération, annonce brutale et traumatogène, impréparation psychique, découverte intrafamiliale le plus souvent.
- ◇ Régression: réduction des intérêts, égocentrisme, dépendance étroite.
- ◇ Anxiété: agitation psychomotrice, trouble de la concentration, ou a contrario, inhibition, mutisme, repli, passivité.
- ◇ Dépression réactionnelle avec récupération secondaire

- ◇ Après la guérison :
 - Difficulté à l'arrêt des traitements : soulagement et appréhension sont intimement liées.
 - Difficulté pour l'enfant de renoncer aux bénéfices secondaires liés à la maladie.
 - Problème d'orientation, de choix professionnel (surtout pour les adolescents).
 - Difficulté à retrouver une vie normale.
 - Il peut y avoir des problèmes dans le couple parental qui a été confronté à un tel traumatisme.
 - Syndrome de Damoclès (crainte de la récurrence).

Maladie chronique

- ◇ Moment de l'annonce: effet traumatogène parfois comparable à celui de la maladie aiguë.
- ◇ Aggressions multiples répétées (symptômes dont la douleur, soins et traitements, effets secondaires, séparations, limitations, contraintes, changements corporels...).
- ◇ Prolongation du traumatisme dans le temps induit une perturbation profonde de la personnalité.
- ◇ Bouleversement de la représentation de soi et du sentiment de toute-puissance. Atteinte à l'intégrité corporelle.
- ◇ Remise en cause des aménagements défensifs. Atteinte à l'intégrité psychique.
- ◇ Atteinte du narcissisme et de l'estime de soi.
- ◇ Destitution de l'image idéale de soi.
- ◇ Difficulté d'investissement d'un corps malade ou mutilé. Etat de dépendance.
- ◇ Apprentissage à vivre avec les limites de la maladie et du handicap.
- ◇ Questionnements autour de la maladie et la mort.
- ◇ Culpabilité: punition liée à une faute, recherche de responsabilité et de sens face à l'insensé, lutte contre la passivité, identification à « l'agresseur soignant ».
- ◇ Régression: soumission, docilité, dépendance exagérée, accentuée par des attitudes parentales de surprotection.
- ◇ Anxiété: agitation, excitabilité, instabilité, demande affective, hypervigilance, pseudohypermaturité ou apparente maîtrise.
- ◇ Aggressivité: angoisse, projection sur les proches ou les soignants.
- ◇ Dépression: souvent masquée par une attitude régressive ou hypermature, absence de jeux, anhédonie, aboulie.

L'hospitalisme

- ◇ **Définition** : Ensemble des troubles physiques et psychiques dus à une carence affective par privation de la mère ou d'un substitut maternel survenant chez les jeunes enfants placés en institution dans les dix-huit premiers mois de la vie. (Spitz 1946)
- Carence en soins maternels : insuffisance quantitative ou qualitative d'interaction entre l'enfant et sa mère
- Rupture de continuité des soins affectifs
- Instabilité de la relation affective

- ◇ Etiologies : Carences affectives d'origine extra ou intrafamiliale:

- **Absence de la mère:**

Placement de l'enfant en institution, absence de substitut maternel adéquat, insuffisance des soins de maternage.

- **Séparations itératives mère-enfant:**

Discontinuité des soins et de la relation liée à des hospitalisations ou des placements répétés de la mère ou de l'enfant.

- **Présence de la mère:**

Difficulté de la mère à fournir à son enfant un maternage adéquat (dépression maternelle).

L'enfant hospitalisé

- ◇ Expressions somatiques:

- Anorexie
- Insomnie
- Asthénie
- Troubles digestifs
- Arrêt ou retard de croissance
- Difficultés scolaires
- Détérioration rapide de l'état général

- ◇ Expressions psychologiques:

- Désintérêt progressif pour la relation
- Tristesse, apathie
- Aboulie (perte de volonté et de désir)
- Anhédonie (absence de plaisir)
- Troubles du comportement
- Retard psychomoteur
- Troubles langagiers
- Troubles de la personnalité
- Retrait autistique (dépression anaclitique)
- Culpabilité, agressivité, blessure narcissique

La dépression anaclitique

- ◇ Atonie thymique et psychique:

Manque de tonus vital, indifférence à la relation succédant à une phase de détresse et de protestation

- ◇ Inertie motrice:

Ralentissement psychomoteur, peu ou pas d'initiative motrice, peu ou pas de réponse aux sollicitations

♦ **Repli autistique:**

Retrait interactif, pauvreté des échanges corporels et vocaux, regard absent, fixe, mimique faciale pauvre et figée, gestuelle ralentie, stéréotypies.

♦ **Désorganisation psychosomatique:**

Réaction somatique, douleur exacerbée

Processus d'adaptation de l'enfant à l'hospitalisation

1. La protestation :

Pleurs, cris, agitation dans une tentative de faire revenir sa mère absente. Hostilité aux soignants. Angoisse de séparation, crainte de l'étranger, désir de retour au domicile, sentiment d'insécurité

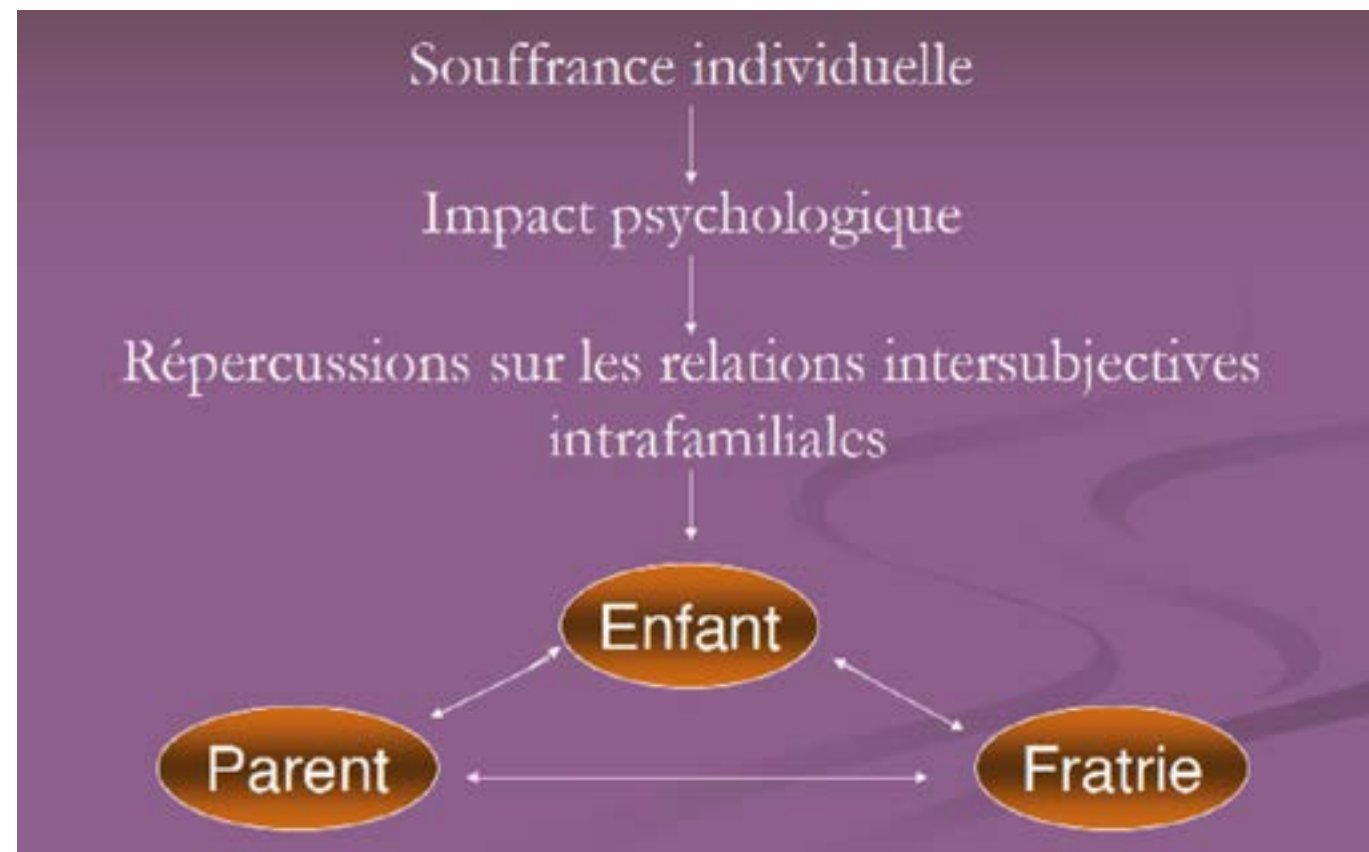
2. Le désespoir:

Découragement de l'enfant devant l'inutilité de ses efforts de reconquête de sa mère. Apathie, repli sur soi, inactivité, passivité, tristesse.

3. Le détachement:

Acceptation des soins, simulacre d'adaptation à la réalité de l'hospitalisation, intérêt à l'environnement, aux soignants, sentiment de détresse affective réprimé, indifférence à la mère, atonie thymique.

L'entourage face à la maladie de l'enfant



Les parents et la maladie de l'enfant

- ♦ La mort des enfants est devenue inacceptable de par sa rareté aujourd'hui (Ariès, 1975).
- ♦ Inversion de la logique transgénérationnelle.
- ♦ Injustice et révolte vis à vis du destin.
- ♦ Culpabilité accrue : la maladie et le risque de décès d'un enfant soulève chez ses parents une culpabilité consciente et inconsciente toujours forte : un parent serait en place de protéger son enfant y compris contre les hasards du destin : autodévalorisation des capacités parentales, autosanction pour une recherche du rachat par l'expiation de la faute. Recherche de sens face à l'insensé, lutte contre l'arbitraire.
- ♦ L'enfant fantasmatique, imaginaire pour ses parents : prolongation narcissique du Moi parental.
- ♦ Contexte du projet d'enfant pour le couple (pour chacun et ensemble) :
 - Désir de donner la vie
 - Aboutissement d'une rencontre amoureuse
 - Recherche d'une transmission de l'histoire familiale
 - Consolidation d'un couple en péril, cadeau offert au conjoint
 - angoisse de finitude
 - Recherche du bonheur

Les parents et la maladie de l'enfant

- ♦ La maladie d'un enfant implique donc une véritable blessure narcissique pour les parents qui se trouvent amputés d'une partie de ce qu'ils avaient investi de leur personne, leurs ambitions, leurs espoirs personnels, leur restauration, leur avenir...
- ♦ La maladie d'un enfant engage ainsi le parent dans une confrontation à sa propre béance physique et psychique, la désillusion face à au fantasme d'invulnérabilité et d'immortalité nécessaire à tous
 - Isolement social et familial, douleur indicible.
 - Inaccessibilité au réconfort de l'entourage.
 - Entourage gêné, mal à l'aise, redoutant d'être confronté au chagrin abyssal des parents, crainte d'une contagion douloureuse et destinale.
 - Parents, culpabilisés, se sentent également jugés par les autres.
 - Désolidarisation de la communauté des parents, sentiment d'entre-deux.
 - Parents reviennent souvent vers les soignants.
- ♦ Conséquences psychologiques
 - Sentiment de défaillance de la fonction parentale, blessure narcissique.
 - Impuissance et culpabilité à ne pouvoir assurer pleinement le bien-être de l'enfant.
 - Sentiment de dépossession du rôle parental par le soignant « rival ».
 - Sentiment d'infantilisation.
 - Majoration de l'angoisse de perte, rupture dans la continuité familiale et confrontation à l'inéluctable de la mort.

- ♦ Répercussions intersubjectives sur l'enfant hospitalisé:
 - Colère et agressivité inconscientes, agression narcissique face à l'enfant imparfait, deuil de l'enfant imaginaire.
 - Culpabilité: demande à l'enfant de le décharger de cette culpabilité et de l'encourager dans ses efforts à maintenir sa fonction parentale: parentification de l'enfant.
 - Surprotection, tentative d'anticipation de tous les besoins de l'enfant.
 - Idéalisation d'un enfant combatif et touché par le destin, toute-puissance de l'enfant, permissivité.
 - Projection de fantasmes mortifères et infanticides: culpabilité face à l'ambivalence des sentiments.
 - Sidération: parent hébété et dépassé.
- ♦ Répercussions intersubjectives avec le soignant:
 - Désir de tout contrôler dans une tentative de maîtrise d'une situation qui échappe au parent. Agressivité, suspicion.
 - Relation de compétition affective avec le soignant face à la nouvelle triangulation relationnelle, fantasme de remplacement des parents par les soignants, perturbation de la dynamique oedipienne basale familiale.
 - Régression infantile: angoisse de mort, sentiment d'insécurité et de vulnérabilité, identification du parent à l'enfant dont doit s'occuper le soignant.
 - Impuissance des parents face à l'omnipotence supposée des soignants. Démission des parents dépassés par la situation.
- ♦ Répercussions intersubjectives avec la fratrie:
 - Surprotection ou surinvestissement lié à l'angoisse de perte, tentative de compensation de la défaillance du rôle parental et du sentiment d'impuissance.
 - Délaissement, désintérêt, voire indifférence.
 - Projection de fantasmes fratricides et mortifères.
 - Parentification du frère ou de la soeur à qui l'on demande de devenir autonome et responsable précocement. Fratrie doit assurer la fonction contenante du parent.

Quelques conduites à mener

- ♦ Réactions psychologiques non exclusives, multiples et transitoires, normales si intensité modérée, inquiétantes si excessives.
- ♦ Propositions de conduites à mener: conduites qui ne supprimeront pas les émotions soulevées par la maladie et les conséquences mais permettront de les supporter et d'anticiper le déroulement des traitements et les contraintes liées à la pathologie.
- ♦ Auprès de l'enfant :
 - Préparation à la situation de séparation (impréparation délétère dans les cas d'hospitalisation en urgence) et de deuil : explications, informations sur la maladie, visite de l'hôpital et du service, rencontre avec les soignants, anticipation des étapes...
 - Favoriser la parole ou l'expression de tous les affects (dessin, peinture...)
 - Aménagement de la situation de séparation et de tout changement (y compris le retour à domicile).
 - Valoriser l'enfant et le resituer dans sa vie d'enfant qui ne se réduit pas à la maladie.

- Chambre mère-enfant, hébergement à la Maison des Parents, horaires de visite...
- Visites des parents étendues aux grands-parents, à la fratrie...
- Environnement connu et rassurant: objets familiers, photos, jouets, odeurs...
- Favoriser la participation des parents dans les gestes de soins maternels : change, nutrition, toilette... Favoriser les liens parents-enfant-fratrie.
- Favoriser l'intimité parents-enfant.
- Référents soignants, continuité de la PEC: relation stable et fiable.
- Présence de professionnels psycho-sociaux-éducatifs.
- ♦ Auprès des parents:
 - Aider au rétablissement du rôle parental et valorisation des compétences parentales.
 - Recherche d'une alliance thérapeutique: proposer la participation des parents aux soins de confort et de nursing.
 - Solliciter les parents concernant les habitudes de l'enfant.
 - Proposer l'assistance des parents à certains soins douloureux.
 - Favoriser la rencontre des parents avec les soignants (Médecins, IDE, AS...).
 - Favoriser la compréhension des états affectifs successifs des parents auprès des équipes.
 - Favoriser l'information donnée sur les pathologies, les soins et le déroulement de l'hospitalisation.



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



1^{ER} ÉPISODE DE BRONCHIOLITE AIGÜE CONSEILS AUX PARENTS

Novembre 2019

Le médecin que vous avez consulté pour votre bébé vous a dit qu'il avait une bronchiolite aiguë. Suivez les conseils qu'il vous a donnés. Surveillez votre bébé en particulier les deux à trois premiers jours. La phase aiguë de la bronchiolite dure en moyenne 10 jours. Une toux légère isolée peut être observée jusqu'à 4 semaines. Passé ce délai si votre enfant est encore gêné pour respirer, consultez à nouveau votre médecin.



Je consulte de nouveau si certains signes persistent après le lavage de nez

- Il est fatigué, moins réactif ou très agité
- Sa respiration est devenue plus rapide
- Il devient gêné pour respirer et il creuse son thorax
- Il boit moins bien sur plusieurs repas consécutifs



Je contacte le

15 si


- Il fait des pauses respiratoires
- Sa respiration devient lente et il reste très gêné pour respirer

- Il fait un malaise

- Il ne réagit plus, est très fatigué, dort tout le temps, geint



- Il devient bleu autour de la bouche

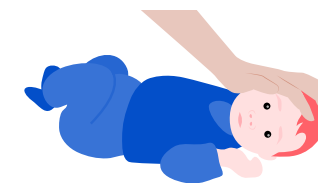
- Il refuse de boire les biberons ou de prendre le sein



J'aide mon bébé à mieux respirer par un lavage du nez (à faire plusieurs fois par jour)



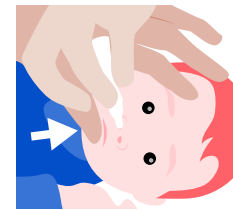
- 1 Je me lave les mains et je prépare les dosettes de sérum physiologique



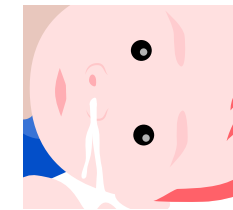
- 2 J'allonge mon bébé sur le dos ou sur le côté, avec la tête maintenue sur le côté



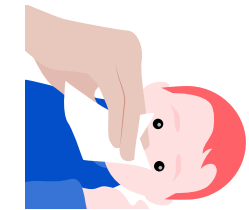
- 3 Je place doucement l'embout de la dosette à l'entrée de la narine située le plus haut



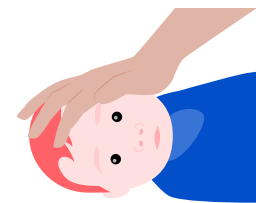
- 4 J'appuie sur la dosette pour en vider le contenu dans la narine tout en fermant la bouche de mon enfant



- 5 Le sérum ressort par l'autre narine avec les sécrétions nasales. J'attends que bébé ait dégluti correctement



- 6 J'essuie son nez à l'aide d'un mouchoir jetable



- 7 Je répète l'opération pour l'autre narine en utilisant une autre dosette, en couchant mon bébé et en lui tournant la tête de l'autre côté

Veillez à ce que personne ne fume dans la même pièce que votre bébé

Maintenez la température à 19° dans la pièce

Pour aller plus loin

www.has-sante.fr : La Haute Autorité de Santé (HAS) est une autorité publique indépendante qui a pour mission de développer la qualité dans le champ sanitaire, social et médico-social. Vous trouverez sur son site Internet la recommandation pour les professionnels : « Prise en charge du premier épisode de bronchiolite aiguë chez le nourrisson de moins de 12 mois ».

www.santepubliquefrance.fr : site d'information de l'agence Santé publique France. Consultez le dossier thématique « Bronchiolite », les documents d'information « Votre enfant et la bronchiolite » et « Gripes, bronchites, bronchiolites, rhinopharyngites, rhume. Comment se protéger des infections virales respiratoires ? ».

www.ameli.fr : site de l'assurance maladie. « Comment pratiquer le lavage de nez chez l'enfant ? »

Développement du raisonnement clinique partagé selon le modèle clinique tri-focal au sein de l'AP-HP

Alison COLLIAU, Cadre puéricultrice

Martine LAUGER, IDE référente maternité

Pôle« FAME » Antoine Béclère

Le projet du pôle « Femme Adolescent Mère Enfant » à Antoine Béclère : « prise en charge des enfants non ventilés de 0 à 6 mois atteints d'une bronchiolite et hospitalisés en pédiatrie générale».

L'identité de votre projet

Développement du raisonnement clinique partagé, construction d'un plan de soins type et d'un chemin clinique au sein du pôle « Femme Adolescent Mère Enfant » (FAME) sur le site d'Antoine Béclère.

Présentation de la structure

Le pôle dépend du Groupe Hospitalier Paris Sud (A. Béclère, Kremlin Bicêtre, P. Brousse).

Le pôle FAME est bi-site (Béclère, Kremlin Bicêtre).

♦ Composition du pôle FAME sur Béclère :

- Urgences pédiatriques/UHCD : 23000 passages /an et 6 lits d'UHCD
- Consultations pédiatriques : 6000 consultations /an
- Pédiatrie A (« grands enfants ») : 21 lits en hiver et 17 en été
- HDJ : 4 lits
- Pédiatrie B : 12 lits de pédiatrie néonatale et 10 lits d'unité mère enfant.
- Réanimation néonatale : 16 lits de réanimation, 12 lits de soins intensifs, 8 lits d'UK (36 lits).
- Maternité : 43 lits de suites de couches
- GHR : 17 lits
- Gynécologie : 10 lits
- Consultations gynéco-obstétriques : 151 329 consultations /an
- Urgences gynéco-obstétrique : ?? passages /an
- Salle de naissance : 2970 accouchements /an (2014)

Capacités : 151 lits / 10 places

Personnel médical : 45, 5 ETP

Personnel non médical : 420, 7 ETP

♦ Profil des patients :

Le service de pédiatrie générale accueillent des enfants de 0 à 18 ans voire plus, dans le cadre du centre de maladies rares.

Les 3 principales prises en charge prévalentes sont :

- Les enfants atteints de bronchiolite : ils se présentent tous aux urgences pédiatriques et sont plus ou moins hospitalisés en pédiatrie générale en fonction de leur âge et/ou de signes de gravité.
- Les enfants atteints de gastro entérite aiguë : ils se présentent tous aux urgences pédiatriques et sont plus ou moins hospitalisés en fonction de leur âge et/ou de signes de gravité.
- Les enfants présentant une fièvre : ils se présentent tous aux urgences pédiatriques et sont plus ou moins hospitalisés en fonction de leur âge et/ou de signes de gravité.

♦ CHIFFRES DIM A INTRODUIRE + DIAGRAMME

Au regard de ces chiffres, nous nous sommes orientés vers le GHP suivant : « prise en charge des enfants non ventilés de 0 à 6 mois atteints de bronchiolite et hospitalisée en pédiatrie générale ».

Nous avons choisi de s'intéresser à cette tranche d'âge car ces nourrissons sont plus susceptibles de se dégrader rapidement, et par la même sont plus à risque de décompensation respiratoire, ce qui engendre une hospitalisation systématique en pédiatrie générale.

La bronchiolite constitue un problème de santé publique en constante augmentation ces dernières années. De plus, c'est une pathologie qui sévit pendant l'hiver, de novembre à janvier, avec un pic épidémique les 15 premiers jours de décembre. Chaque hiver en France, environ 500 000 nourrissons (soit 30 % de la population des nourrissons) de moins de 2 ans sont touchés par la bronchiolite. Il est à noter également que 58 % des enfants ont moins de 6 mois et que 73 % des nourrissons de 1 à 2 mois sont hospitalisés.

Les enjeux et finalités

- Améliorer la qualité et la sécurité des prises en charge.
- Développer les compétences cliniques des soignants au service de l'efficience.
- Développer la collaboration interprofessionnelle au sein d'une équipe, dans le respect de l'autonomie professionnelle de chacun.
- Améliorer la qualité des écrits professionnels afin d'assurer la continuité des soins et une meilleure traçabilité.
- Fédérer l'équipe autour d'un projet commun mis au service du patient.
- Recentrer les missions du cadre de proximité sur le management par la clinique, au coeur du quotidien de l'encadrement.
- Permettre au patient et à sa famille d'être acteur de son projet de soins.

Le contexte du projet et les contraintes environnementales

♦ Contexte :

Le projet s'inscrit dans :

- Les 10 orientations du projet de soins 2015-2019 s'inscrivant dans les 4 axes du plan stratégique de l'AP-HP.

- L'évolution des modalités de certification HAS (approche/processus, compte qualité, patient traceur) et la V2014 prévue en mars/avril 2016.
- L'informatisation du dossier patient via ORBIS : volet médicale déjà partiellement déployé dans le pôle.
- Le Développement Professionnel Continu (DPC)
- ◊ Contraintes environnementales :
 - La réorganisation du temps de travail prévue pour le début d'année 2016.
 - La V2014 prévue en mars/avril 2016.
 - Projets multiples en cours
 - Pas d'informatisation du dossier patient prévue avant 2017 pour le pôle.
- ◊ Synthèse de l'audit et diagnostic :
 - 10 dossiers de soins audités en pédiatrie générale, le même jour.

FORCES	FAIBLESSES
Macro cible d'entrée présente (10/10)	Macro cible d'entrée incomplète et synthèse clinique initiale absente
Données présentes (6/10)	Cibles : pas formulées en terme de problème et ouvertes mais sans problème
Evolution données apparentes (6/10) Actions présentes	Données / Actions et Résultats globalement présents mais pas de liens. Tout est confondu. Transmissions linéaires et peu structurées.
Continuité relativement bien assurée	Résultats : pas en terme de résultats attendus donc pas d'évaluation clinique apparente.
	Macro cible intermédiaire : jamais faite mais pas de travail en équipe en amont et durée de séjour de 48h max.
	Beaucoup de répétition des informations entre les différents supports.

- Travail intellectuel présent car données / actions présentes
- Niveau « bas » raisonnement clinique
- Transmissions non structurées en cible / données / actions / résultats.
- ◊ Objectifs généraux :
 - Favoriser le développement du raisonnement clinique partagé et de la démarche clinique par le biais de l'écriture de transmissions ciblées.

- Développer les compétences cliniques individuelles au service du collectif.
- Améliorer la qualité des écrits professionnels à partir du modèle clinique tri focal.
- Développer un langage commun dans l'équipe pour harmoniser les pratiques professionnelles.
- ◊ Objectifs opérationnels :
 - Présenter le projet à l'encadrement du pôle sur le site de Béclère.
 - Présenter le projet à l'équipe de pédiatrie générale.
 - Constituer l'équipe projet.
 - Former l'équipe projet au raisonnement clinique partagé.
 - Animer les groupes de travail interprofessionnel.
 - Accompagner les équipes à la construction du PST et du CC en respectant la méthodologie.
 - Communiquer avec l'ensemble de l'équipe à chaque étape.
 - Répondre aux interrogations des différents professionnels.
 - Programmer les réunions en respectant l'échéancier.
 - Centraliser et rédiger les travaux produits en groupe de travail.
 - Tester les documents et effectuer les réajustements nécessaires.
- ◊ Objectifs pédagogiques :
 - Exposer la méthodologie de travail aux différents acteurs du projet.
 - Identifier les opérations mentales mobilisées dans le raisonnement clinique (haut ou bas niveau de raisonnement clinique).
 - Présenter à l'équipe projet les méthodes de raisonnement clinique : inducto hypothético déductif et par anticipation.
 - Identifier les cibles prévalentes d'une pathologie en lien avec un GHP donné.
 - Conduire les acteurs du projet à l'élaboration de transmissions ciblées de qualité en utilisant le modèle CDAR.
 - Formaliser un PST et un CC pour un GHP déterminé, par pôle et par site.

La cible du projet

- ◊ Cibles directes :
 - L'enfant et sa famille.
 - L'équipe pluridisciplinaire (médecins, IDE, IPDE, AP, Kinésithérapeute, éducatrice, cadres de santé, ...).
 - Les étudiants de toute filière.
- ◊ Cibles indirectes :
 - Les services d'amont et d'aval
 - Les patients hors GHP.

La cible du projet	Formaliser un PST et un CC pour un GHP déterminé, par pôle et par site.		
	Cibles directes : - L'enfant et sa famille. - L'équipe pluridisciplinaire (médecins, IDE, IPDE, AP, Kinésithérapeute, éducatrice, cadres de santé, ...). - Les étudiants de toute filière. Cibles indirectes : - Les services d'amont et d'aval. Les patients hors GHP.		
L'identification des risques	Type de risque	Description du risque	Actions préventives du risque
	Lié au contexte	- Multi supports - Pas de dossier patient informatisé avant 2017 - Dossier rééducation déjà informatisé sur Orbis - Résistance des équipes liée à la nouvelle organisation de travail	- Information et formation de l'ensemble des acteurs du groupe projet dans un 1^{er} temps puis élargissement dans un 2nd temps. - Communication sur l'avancement des travaux produits. - Développer les transmissions ciblées sur papier dans un 1^{er} temps puis sur Orbis dans un 2nd temps.
		- Difficulté à formuler des cibles - Difficulté à intégrer la structuration des transmissions ciblées sous la forme CDAR. - Difficulté à formaliser des	- Accompagner les équipes dans les différentes étapes de travail. - Fournir des supports à l'équipe afin de les aider à la création des documents (PST, CC, ...).

			synthèses cliniques intermédiaires du fait de la courte durée d'hospitalisation pour ce GHP.	
		Lié à l'ensemble de l'équipe	- Non adhésion au projet lié au turn-over des équipes paramédicales et manque d'implication. - Non adhésion au projet par les kinésithérapeutes du fait de leur statut de contractuel.	- S'appuyer sur des leaders positifs afin de fédérer un maximum de professionnels dans l'équipe. - Convaincre les kinésithérapeutes de l'importance du travail en équipe pluri professionnelle.
		Lié à l'environnement de travail	- Absence de dossier patient informatisé - Charge de travail supplémentaire pour les acteurs de l'équipe projet.	- Débuter le travail sur papier. - Proposer des ajustements sur Orbis en fonction du modèle clinique tri focal. - Se soutenir, communiquer, positiver, faire appels aux leaders positifs.
Les conditions de succès ou critères de réussites	- Le soutien de la direction des soins, du chef de pôle, de l'encadrement de pôle. - La participation des cadres de santé du pôle. - L'implication des différents acteurs de l'équipe projet malgré les contraintes institutionnelles. - Le taux de participation aux réunions de travail. - Le soutien de Cesiform. - Le respect de l'échéancier. - L'engagement de chacun dans ce projet. - Le nombre croissant de personnels formés au raisonnement clinique partagé. Le nombre de construction de PST et de CC dans le pôle.			

Les acteurs

	Nom	Prénom	Fonction	Unité	Coordonnées	
					Mails	Téléphone
Le chef de projet	COLLIAU	Alison	CS	Urg Péd	alison.colliau@aphp.fr	47 39
L'associé ou co-pilote	LAUGER	Martine	IDE en transversale	Maternité	martine.pelletier@abc.aphp.fr	47 26
L'équipe projet	PANEL	Carine	IPDE	Pédiatrie B		40 26
	ZUTTEMBERG	Lara	IDE	Pédiatrie A		4438
	BRIEND	Catherine	IDE	Pédiatrie A		4438
	LEGRAVEREND	Cristèle	Cadre	Pédiatrie	christelle.legraverend@aphp.fr	3278
	ABDELHAK	Faty	AP	Pédiatrie A		4438
	ANDRADE	Kahina	IDE	Urg Péd		3133
	MARTIN	Julie	IPDE	Pédiatrie B		4026
	AUGUSTE	Anna	Pédiatre	Pédiatrie B	anna.auguste@aphp.fr	06 30 55 57 77
	PETIT	Anne Marie	Educatrice de jeunes enfants			
Les sponsors internes	DS GH, DS local, chef de pôle, CPP.					
Les autres contributeurs internes ou externes	CESIFORM DSAP : Mme ZANTMAN et Mme BEAU.					

La démarche

♦ L'ordonnance des actions :

Objectifs	Actions	Responsabilités	Indicateurs	Périodicité de production
Identifier la qualité des écrits professionnels	- Réaliser un audit	Martine LAUGER ; Alison COLLIAU	Grille audit CESIFORM	Novembre 2015
Déterminer le GHP	- Prise de contact avec le DIM en collaboration avec le chef de pôle et la CPP	Alison COLLIAU	Validation du GHP par le chef de pôle et la CPP.	Novembre 2015
Constituer le groupe projet	- Identifier les leaders positifs - Tenir compte des volontaires	Martine LAUGER ; Alison COLLIAU	Noms des acteurs	Décembre 2015
Informier l'ensemble de l'équipe de pédiatrie	- Intervenir en réunion de service à l'aide d'un power point	Alison COLLIAU	Volontaires spontanés	Décembre 2015
Formation du groupe projet	- Organiser la formation (power point, exercices concrets, ...)	Martine LAUGER ; Alison COLLIAU	Kit pédagogique Cesiform Nombre de personnes formés	Janvier 2016
Informier l'ensemble de l'équipe d'encadrement du pôle	- Intervenir en réunion d'encadrement de pôle, à l'aide d'un power point	Martine LAUGER ; Alison COLLIAU	Kit pédagogique Cesiform Nombre de cadres informés	Janvier 2016
Formaliser un PST et un CC	- Rechercher la bibliographie sur le GHP choisi	Groupe projet	Nombre et qualité des documents collectés	Janvier 2016

	- Elaborer la photographi e des 3 domaines cliniques - Validation de l'équipe pluri professionn elle - Rédiger le tableau d'analyse (PST) + validation de l'équipe pluri professionn elle - Elaborer le CC - Relecture des documents	Groupe projet + Martine LAUGER ; Alison COLLIAU		Janvier 2016
				Février / Mars 2016
				Mars 2016
				Avril 2016
				Mai / Juin 2016
Valider les outils avec tous les acteurs		L'ensemble de l'équipe de pédiatrie + Chef de pôle + CPP + groupe projet		Juin 2016
Tester le PST et le CC				Septembre 2016
Evaluer et réajuster				Octobre / Novembre 2016
Diffusion et application				Janvier 2017

♦ Le planning prévisionnel

N° de l'objectif	Intitulé de l'action	Durée estimée	Juin 2015				Juillet 2015				Août 2015			
			S 1	S 2	S 3	S 4	S 1	S 2	S 3	S 4	S 1	S 2	S 3	S 4

♦ Les modalités d'organisation de l'équipe projet : calendrier de réunion avec dates, heures (début et fin) et lieux

♦ La promotion du projet

Dates	Cibles prioritaires	Messages clés	Moyens (mails, réunion d'information...)
19 novembre 2015	CPP + Chef de pôle	Projet institutionnel, certification, qualité écrits professionnels, harmonisation des pratiques.	Réunion hebdomadaire cadres / médecins
3 décembre 2015	Equipe paramédicale de pédiatrie générale	Projet institutionnel, certification, qualité écrits professionnels, harmonisation des pratiques.	Réunion de service (support power point)
10 décembre 2015	CPP maternité, cadres maternité	Projet institutionnel, certification, qualité écrits professionnels, harmonisation des pratiques.	Réunion exceptionnelle
7 janvier 2016	Acteurs du groupe projet	FO à l'aide du kit pédagogique Cesiform (Projet institutionnel, certification, qualité écrits professionnels, harmonisation des pratiques) + bibliographie.	Réunion exceptionnelle (power point, exercices concrets, ...)
28 janvier 2016	Acteurs du groupe projet	Construction de la photographie des 3 domaines cliniques selon le modèle clinique tri focal	Groupe de travail
Février 2016	Ensemble de l'équipe de pédiatrie	FO à l'aide du kit pédagogique Cesiform (Projet institutionnel, certification, qualité écrits professionnels, harmonisation des pratiques).	Réunion spécifique pour cette formation.

Février / Mars 2016	Ensemble de l'équipe de pédiatrie + groupe projet	Validation de l'équipe pluri professionnelle	Réunion
Mars 2016	Groupe projet	Rédiger le tableau d'analyse (PST) + validation de l'équipe pluri professionnelle	Groupe de travail
Juin 2016	Toute l'équipe de pédiatrie + Groupe projet	Valider les outils avec tous les acteurs	Réunion
Septembre / Octobre / Novembre 2016	Toute l'équipe de pédiatrie + Groupe projet	Tester le PST et le CC + évaluation et réajustement	
2017	Groupe projet	Valorisation de l'implication dans la démarche	Faire valider les compétences dans le plan de formation = DPC

◆ Le budget

N° de l'objectif	Intitulé de l'activité	Budget estimé	Ressources internes et externes	Mode de financement	Totaux

Plan de soin d'un enfant atteint de bronchiolite

CHEMIN CLINIQUE : J 0										
		H0	H1	H4	H7	H10	H13	H16	H19	H22
CIBLES	ACTIONS	H :	H :	H :	H :	H :	H :	H :	H :	H :
Detresse respiratoire Risque de décompensation cardio-respiratoire	Isolément contact et goutelettes									
	Deshabiller l'enfant									
	Installation en proclive dorsal									
	Monitoring cardio-respiratoire									
	DRP									
	Aspiration naso-pharyngée : productif : +/+ /+++ sales : +/+ /+++									
	propre : fluide (F)/transparent (T)									
	Surveillance paramètres vitaux : pouls									
	TA									
	température									
	sat									
	FR									
	Signes lutte = score WANG (/12)									
	Coloration (P/N/C)*									
	Sueurs									
	Recherche de VRS (si besoin)									
	Gaz du sang (si besoin)									
	Oxygénothérapie									
	Informations parents									
	(DRP, fractionnement repas, isolement, proclive, deshabillage)									
	Pesée (sur la même balance)									
	Prises alimentaires fractionnées									
	Quantité									
	Mode : Allaitement maternel									

CIBLES	ACTIONS	H0	H1	H4	H7	H10	H13	H16	H19	H22
		H :	H :	H :	H :	H :	H :	H :	H :	H :
Anorexie Risque d'infection	Alaitement artificiel									
	Biberon									
	Cuillères									
	Type :									
	Epaisi									
	Lait de mère tiré									
	Lait artificiel									
	Surveillance de la tolérance :									
	polypnée									
	désaturation									
	toux/vomissements									
	asthénie									
	Nutrition entérale :									
	Pose SNG									
	Repère									
	Taille sonde									
	Test seringue									
	Résidus gastriques (Quantité+couleurs)									
	Quantité de lait									
	Type de lait									
	Vitesse d'administration									
	Nutrition parentérale :									
	Pose VVP									
	Site									
	Fixation									
	Point de ponction									
	Débit									
	Surveillance de l'élimination :									
	Urines : 0/+/++/+++									
	Selles : 0/+/++/+++ et N/M/L**									
	Rythme du sommeil :									

CIBLES	ACTIONS	H0	H1	H4	H7	H10	H13	H16	H19	H22
		H :	H :	H :	H :	H :	H :	H :	H :	H :
Asthénie	Regroupement des soins									
	Eveil (E) / Sommeil (S)									
	Surveillance de l'état de conscience :									
	R = réactif									
	NR = non réactif									
	A = agité									
	C = calme									
	Environnement de l'enfant :									
	jeux/jouets									
	musique									
Risque de mort inattendue du nourrisson	doudou									
	tétine									
	Application bonnes pratiques de couchage									
	Sensibilisation des parents aux bonnes pratiques de couchage									
Risque de déshydratation	Solution de réhydratation orale									
	Surveillance apparition signes cliniques DSH (O /N)***									
	Evaluation de la douleur : Evendol (/15)									
Risque de douleur/ inconfort	Antalgiques									
	Favoriser un environnement confortable :									
	bras des parents									
	lit									
	cocon									
	lumière tamisée									
Peur des parents	bruit									
	Favoriser le retour de l'éveil et du jeu									
	Relation d'aide									
	Explications sur le fonctionnement du service									
Capacité du nourrisson	Livret d'accueil donné (O/N)									
	Présence parentale (O/N)									

	H0	H1	H4	H7	H10	H13	H16	H19	H22
CIBLES	H :	H :	H :	H :	H :	H :	H :	H :	H :
à s'adapter au milieu hospitalier									
Perturbation de la dynamique familiale									
Capacité à intégrer les informations données en termes de puériculture									
Emargement									

* P = pâle / N = normale / C = cyanosée
** N = normales / M = molles / L = liquides
*** O = oui / N = non

Moment de l'action
Rouge Soins sur prescription médicale



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



CNP
de Pédiatrie
Conseil National Professionnel de Pédiatrie

RECOMMANDATION DE BONNE PRATIQUE

Prise en charge du premier épisode de bronchiolite aiguë chez le nourrisson de moins de 12 mois

Fiche Outil - Novembre 2019

Le premier épisode de bronchiolite aiguë est défini comme le premier épisode aigu de gêne respiratoire (séquence rhinite suivie de signes respiratoires : toux, sibilants et/ou crépitant, accompagnés ou non d'une polypnée et/ou de signes de lutte respiratoire), intervenant à toute période de l'année.

- Les signes de luttés sont définis par la mise en jeu des muscles accessoires intercostaux inférieurs, sterno-cléido-mastoldiens et un asynchronisme thoraco abdominal.
- Ces recommandations ne concernent pas les enfants de plus de 12 mois et les épisodes récurrents de gêne respiratoire sifflante.
- Devant un 2^{ème} épisode rapproché, chez le nourrisson de moins de 12 mois, il sera nécessaire d'envisager d'autres diagnostics, de prendre en compte d'autres paramètres tels que l'âge, les antécédents (asthme, allergies), les symptômes associés.

EVALUATION INITIALE

Tableau 1. Check List pour l'évaluation initiale (après désobstruction nasale et chez un enfant calme)

Bronchiolite aiguë du nourrisson (<12 mois)	
Evaluation initiale	
Check List	✓ Etat général/comportement/hypotonie ✓ Critères de gravité - Fréquence respiratoire sur 1 minute (> 60/min ou <30/min) - Fréquence cardiaque (>180/min ou <80/min) - Pauses respiratoires - Respiration superficielle - Signes de lutte respiratoires intenses (mise en jeu des muscles accessoires : intercostaux inférieurs, sterno-cléido-mastoldiens, et un balancement thoraco abdominal, battements des ailes du nez) - SpO2 < 92% ou cyanose - Alimentation < 50% de la quantité habituelle sur 3 prises consécutives ou refus alimentaire
	✓ Critères de vulnérabilité - Age corrigé < 2 mois, prématurité <36 SA - Comorbidités (cardiopathie congénitale avec shunt, pathologie pulmonaire chronique dont dysplasie broncho-pulmonaire, pathologie neuromusculaire, déficit immunitaire, polyhandicap) - Contexte socio-économique défavorable - Critères d'environnement (recours aux soins ne permettant pas un retour au domicile)

NIVEAUX DE GRAVITE, PRISE EN CHARGE INITIALE

Tableau 2. Critères pour définir le niveau de gravité et prise en charge initiale selon le niveau

Forme	Légère	Modérée	Grave
État général altéré (dont comportement)	Non	Non	Oui
Fréquence respiratoire (mesure recommandée sur 1 minute)	< 60/min	60-69/min	≥ 70/min ou < 30/min ou respiration superficielle ou bradypnée (<30/min) ou apnée
Fréquence cardiaque (>180/min ou <60/min)	Non	Non	Oui
Utilisation des muscles accessoires	Absente ou légère	Modérée	Intense
SpO2% à l'éveil en air ambiant	> 92%	90% < SpO2% ≤ 92%	≤ 90% ou cyanose
Alimentation*	> 50%	< 50% sur 3 prises consécutives	Réduction importante ou refus
* à évaluer par rapport aux apports habituels : allaitement maternel et/ou artificiel et/ou diversification			
Interprétation	Présence de tous les critères	Au moins un des critères modérés (aucun critère des formes graves)	Au moins un des critères graves
Prise en charge initiale			
Orientation (domicile, hospitalisation, USI, réanimation)	Retour au domicile avec conseils de surveillance	Hospitalisation si : ✓ SpO2 < 92% (indication oxygène) ✓ Support nutritionnel nécessaire ✓ Âge < 2 mois Hospitalisation à discuter si critères de vulnérabilité ou d'environnement	Hospitalisation systématique Hospitalisation USI / réanimation si : ✓ Apnées ✓ Épuisement respiratoire, capnie (>46-50 mmHg), pH (< 7,34) ✓ Augmentation rapide des besoins en oxygène
Examens complémentaires	Aucun de manière systématique	Aucun de manière systématique	Peuvent se discuter : Radiographies de thorax, mesure de la capnie, ionogramme sang, NFS
Oxygène	Non indiqué	Si SpO2 < 92% Objectif SpO2 > 90% sommeil et 92% à l'éveil	Si SpO2 < 94% à l'éveil Objectif SpO2 > 90% sommeil et > 94% à l'éveil
Nutrition	Fractionnement	Fractionnement Si difficultés alimentaires : alimentation entérale en 1ère intention puis si échec hydratation intraveineuse (IV)	Fractionnement Si difficultés alimentaires : alimentation entérale en 1ère intention puis si échec hydratation IV
Désobstruction des voies aériennes supérieures	systématique pluriquotidienne (aspirations naso-pharyngées non recommandées)		
Kinésithérapie respiratoire de désencombrement bronchique	Non recommandée	Non recommandée en hospitalisation Non recommandée en ambulatoire (absence de données en ambulatoire)	Contre indiquée
A discuter selon comorbidités (ex : pathologie respiratoire chronique, pathologie neuromusculaire)			
Traitements médicamenteux	Pas d'indication : bronchodilatateur, adrénaline, sérum salé hypertonique, antibiothérapie systématique Contre-indication : sirop antitussif, fluidifiant bronchique		

CIRCUIT DU PATIENT

- Le nourrisson est vu en consultation par le médecin de soins primaires qui évalue et classe le niveau de gravité de la bronchiolite du nourrisson (cf. tableau 2).
- Il convient de tenir compte des 48 premières heures par rapport au début des symptômes respiratoires, période pendant laquelle tout nourrisson est susceptible de s'aggraver (critères de vulnérabilité, environnement favorable ou non à une surveillance fiable ou à un recours aux soins rapide).
- La prise en charge nécessite
 - ✓ d'expliquer aux parents les signes d'alerte (cf. fiche conseil) devant faire consulter de nouveau,
 - ✓ de programmer une nouvelle évaluation dans les 24 à 48h,
 - ✓ d'assurer une prise en charge pluridisciplinaire quand elle le justifie avec un objectif principal de ne pas perdre de vue des nourrissons pendant cette période critique,
 - ✓ d'informer les parents des recours d'urgence possible dans leur territoire de santé.
- Dans la grande majorité des cas, le recours hospitalier n'est pas nécessaire.

Tableau 3. Niveaux de recours de soins

Niveaux	Quand ?	Où ?
1 ^{er} recours	1 ^{ère} consultation (sous 48h) avec évaluation et classification Selon décision de prise en charge (surveillance, nouvelle consultation sous 48-72h selon évolution)	Ambulatoire Médecins de soins primaires, professionnels de premier recours, réseaux bronchiolites...
2 ^{ème} recours	Consultation en cas d'urgence, nécessité d'une vigilance accrue quotidienne comprenant jours fériés et WE, ou d'incertitude sur la conduite à tenir	Hôpital, autres organisations locales et territoriales, futures communautés professionnelles territoriales de santé
3 ^{ème} recours	Forme grave initiale ou secondaire requérant alors un transport médicalisé Forme modérée nécessitant des soins de support (oxygène, nutrition) ou à haut risque d'évoluer vers une forme grave.	Hôpital, unité de soins intensifs ou unité de réanimation

CRITERE D'ORIENTATION EN HOSPITALISATION ET EN REANIMATION

Formes graves

- Les formes graves relèvent d'une hospitalisation systématique.

Formes modérées

- Dans le cas des formes modérées, les signes cliniques et l'évolution sont variables.
- L'hospitalisation doit être discutée au cas par cas après l'évaluation clinique par le médecin de 1^{er} recours en prenant en compte les critères de vulnérabilité et d'environnement (cf. check-list).
- Sont à hospitaliser (unité conventionnelle ou unité d'hospitalisation de courte durée) :
 - » Les formes modérées relevant d'une oxygénothérapie (SpO2% < 92%) et/ou nécessitant un support nutritionnel (diminution d'au moins 50% des apports habituels sur 3 prises successives)
 - » Les formes modérées associées à un des critères de vulnérabilité suivant : âge < 2 mois en tenant compte de l'âge corrigé (risque d'apnées), cardiopathie congénitale avec shunt, pathologie neuromusculaire, polyhandicap, déficit immunitaire, contexte médico-socio-économique ou de recours aux soins ne permettant pas un retour à domicile).

Formes légères

- Dans le cas des formes légères, la prise en charge en soins primaires est la règle.
- Le recours hospitalier se justifie au cas par cas après l'évaluation clinique par le médecin de premier recours.

Critères d'hospitalisation en unité de soins intensifs ou de réanimation

- La constatation d'apnée(s)
- Un épuisement respiratoire évalué sur la clinique*, la capnie (≥ 46-50 mmHg) et le pH (≤ 7,34)
- Une augmentation rapide des besoins en oxygène

*Un épuisement se traduit cliniquement par une diminution des signes de turgescence, polypnée superficielle et/ou avec des apnées fréquentes voire prolongées

CONSEILS DE SURVEILLANCE POUR LES PARENTS AU DECOURS D'UNE CONSULTATION OU D'UNE HOSPITALISATION

Votre bébé a une bronchiolite aiguë.

Ses symptômes peuvent évoluer surtout les deux premiers jours.

- Suivez les conseils de votre médecin.
- Pendant les deux premiers jours, une attention accrue de votre enfant est nécessaire.
- Demandez l'avis des autres professionnels prenant en charge votre enfant (infirmière de PMI, professionnels du réseau bronchiolite, etc.)
- Respectez le ou les rendez-vous de suivi qui vous ont été proposé(s)
- La phase aiguë de la bronchiolite dure en moyenne 10 jours.
- Une toux légère isolée peut être observée jusqu'à 4 semaines.
- Si après 4 semaines, votre enfant est encore gêné pour respirer, consultez votre médecin.
- Si vous allaitez votre enfant, et qu'il boit moins bien, parlez en rapidement avec votre médecin ou soignant compétent. Il ne faut pas interrompre l'allaitement et il est possible d'avoir un tire-lait pour continuer de l'alimenter avec votre lait
- Il n'y a pas de recommandation d'éviction de la collectivité mais la fréquentation de collectivité (crèche, nourrice) n'est pas souhaitable en phase aiguë.
- Respectez les consignes en matière d'environnement autour de votre bébé : pas de tabagisme passif, maintien de la température 19°C dans la pièce...

SIGNES A SURVEILLER

Voici certains signes, qui s'ils persistent après un lavage de nez, nécessitent de prendre un rendez-vous avec un médecin pour que votre bébé soit réexaminé :

- Son comportement change et vous paraît inhabituel (il est fatigué ; moins réactif ou très agité ; geint un peu)
- Sa respiration est devenue plus rapide
- Il devient gêné pour respirer et il creuse son thorax
- Il augmente sa gêne respiratoire (il creuse plus son thorax)
- Il boit moins bien sur plusieurs repas consécutifs

Des paramètres qui nécessitent de contacter le 15 d'emblée :

- Il devient bleu, autour de la bouche
- Il fait un malaise
- Il fait des pauses respiratoires
- Sa respiration devient lente tout en restant très gêné pour respirer
- Il ne réagit plus, est très fatigué, dort tout le temps, geint

- Il refuse de boire les biberons ou de prendre le sein

TECHNIQUE DE LAVAGE DU NEZ (DESOBSTRUCTION RHINO-PHARYNGEE)

La désobstruction rhinopharyngée (DRP) est un lavage de nez qui consiste à instiller du sérum dans les narines pour évacuer les sécrétions nasales.

Ce geste est indolore, même s'il peut se révéler désagréable.

Avant de commencer, lavez-vous les mains (eau savonnée ou solution hydro alcoolique) et munissez-vous de dosettes de sérum physiologique à usage unique.

Ensuite, procédez en cinq étapes :

- Allongez votre bébé sur le dos ou sur le côté, et maintenez impérativement sa tête sur le côté. Cela est très important, pour éviter les risques de "fausse route" (passage involontaire de sérum dans les voies respiratoires). Si nécessaire, faites-vous aider pour maintenir votre enfant dans cette position.
- Placez doucement l'embout de la dosette à l'entrée de la narine située le plus haut, par rapport à la position de votre bébé.
- En appuyant sur la dosette, introduisez entièrement son contenu dans la narine. En même temps, fermez la bouche de votre enfant, afin que le sérum ressorte par l'autre narine avec les sécrétions nasales.
- Attendez que votre bébé ait dégluti correctement.
- Essuyez son nez à l'aide d'un mouchoir jetable.

Répétez cette opération pour l'autre narine :

- en utilisant une autre dosette,
- en couchant votre bébé et en lui tournant la tête de l'autre côté.

Participants

Les organismes professionnels et associations de patients et d'usagers suivants ont été sollicités pour proposer des experts conviés à titre individuel dans les groupes de travail/lecture :

Conseil National Professionnel de Pédiatrie (CNPP)* avec ses structures membres:

Société Française de Pédiatrie (SFP)

Association Française de Pédiatrie Ambulatoire (AFPA)

Syndicat National de Pédiatres Français (SNPF)

Collège National des Pédiatres Universitaires (CNPU)

Syndicat national des pédiatres des établissements hospitaliers (SPNEH)

Société Française de Néonatalogie (SFN)

Syndicat national des médecins de Protection maternelle et Infantile (SNMPMI)

Groupe de Pathologie Infectieuse Pédiatrique (groupe de spécialité de la Société Française de Pédiatrie) (GPIP)

Groupe Francophone de Réanimation et Urgence Pédiatrique (GFRUP)

Groupe De Pédiatrie Générale (GPG)

Fédération Française des Associations et Amicales de Malades, Insuffisants ou Handicapés Respiratoires (FFAAIR)*

Collège de la Masso-Kinésithérapie (CMK)*

Collège de la Médecine Générale (CMG)*

Société française d'Hygiène Hospitalière (SFHH)*

(*) Cet organisme a proposé un ou plusieurs experts pour ce projet.

► Groupe de travail

Pr Christophe Marguet, pédiatre, chef de projet CNP Pédiatrie

Dr Mariam Lahbabi, pédiatre, chargée de projet

Dr Julie Mazenq-Donadieu, pédiatre - chargée de projet

Mme Sophie Blanchard, Saint-Denis - chef de projet HAS

Dr. Grégoire Benoist, pédiatre

M. Yann Combret, kinésithérapeute

Dr Liliane Cret Locard, pédiatre

Pr Jean-Christophe Dubus pneumologue- pédiatre

M. Christian Fausser kinésithérapeute#

Pr Vincent Gajdos pédiatre

Pr Christèle Gras- Leguen, pédiatre

** Cet expert n'a pu participer à la fin des travaux du GT

Expert en désaccord avec la version définitive de la recommandation de bonne pratique.

► Groupe de lecture

Mme Alexandra Allaire, pharmacien, Paris

Dr Sophie Augros, médecin généraliste, Aime-La Plagne

Dr Fanny Autret, néonatalogiste, Paris

Dr Benjamin Azemar, pédiatre hospitalier, Corbeil-Essonnes

Dr Marion Bailhache, pédiatre, Bordeaux

Dr Mohamed Ben Said, néonatalogiste, Annonay

Dr Michèle Berlioz Baudoin, pneumo-pédiatre, Monaco

Dr Lisa Bessarion, néonatalogiste, Amiens

M. Didier Billet, masseur-kinésithérapeute, Francheville

Mme Sophie Blamert, masseur-kinésithérapeute, Saint-Denis

Dr Pascal Bolot, néonatalogiste, Saint-Denis

Dr Nicole Bornsstein, médecin généraliste, Evry

Dr Astrid Botte, réanimateur pédiatrique, Bordeaux

Mme Hélène Bouchet, masseur-kinésithérapeute, Vence

Dr Francois-Marie Caron, pédiatre, Amiens

Dr Jean-Sébastien Casalegno, virologue/biologiste, Lyon

Dr Jean-Louis Chabernaud, pédiatre hospitalier, Clamart

Dr Barbara Chavannes, médecin généraliste, Limeil Brevannes

Dr Emmanuel Cixous, pédiatre hospitalier, Roubaix

Dr Ophélie Cracco, pédiatre, Nantes

M. Emmanuel Dandurand, masseur-kinésithérapeute, Paris

Dr Charlie De Melo, réanimateur pédiatrique, Strasbourg

Dr Pierre Demaret, réanimateur pédiatrique, Liège

M. Gilles Desbois, masseur-kinésithérapeute, Lyon

Dr Emmanuelle Dessieux, pédiatre, Sallanches

Dr Simon Dib, pédiatre libéral, Dijon

Dr Ralph Epaud, pneumo-pédiatre, Créteil

M. Didier Evenou, masseur-kinésithérapeute, Paris

Mme, Alexia Fabre, masseur-kinésithérapeute, Bayonne

M. Marik Fetouh, kinésithérapeute, Bordeaux

Dr Caroline Fondrinier, hygiéniste, Libourne

Dr Philippe Fournier, néonatalogiste, Nîmes

M. Hugues Gauchez, masseur-kinésithérapeute, Marcq-en-Barœul

Dr Nathalie Gelbert, Pédiatre libéral, Chambéry

Dr Lisa Giovannini Chami, pédiatre hospitalier, Nice

Dr Dominique Girardon-Grichy, médecin généraliste, Montlignon

M. Pascal Gouilly, masseur-kinésithérapeute, Nancy

Dr Isabelle Guellec Renne, néonatalogiste, Saint-Denis

Mme Sophie Jacques, masseur-kinésithérapeute, Rennes

M. Jean-Claude Jeulin, masseur-kinésithérapeute, Cran-Gevrier

Mme Michelle Leclerc, masseur-kinésithérapeute, Rouen

Dr Aurélie Lemaire, pédiatre, Poissy

Dr Bénédicte Leroux, réanimateur pédiatrique,

Dr Jean-François Lienhardt, pédiatre libéral, Bondues

Dr Noella Lode, pédiatre hospitalier, Paris

Dr Noureddine Loukili, hygiéniste, Lille

Dr Christine Magendie, pédiatre libéral, Mulhouse

Mme Isabelle Menier, masseur-kinésithérapeute, Paris

Mme Mathilde Meunier, masseur-kinésithérapeute, Paris

Dr Fabrice Michel, anesthésiste-réanimateur, Paris

M. Bruno Pierre, masseur-kinésithérapeute, Picquigny

Mme Anne Pipet, masseur-kinésithérapeute, Landry

Dr Marie-Anne Rameix-Welti, virologue, Montigny-le-Bretonneux

Dr Luc Refabert, pneumo-pédiatre, Paris

Dr Virginie Rigourd, Néonatalogiste, Paris

M. Jacques Saugier, masseur-kinésithérapeute, Oye-et-Pallet

Dr Matthieu Schuers, médecin généraliste, Neufchâtel-En-Bray

M. Sydney Sebban, masseur-kinésithérapeute, Paris

Dr Guillaume Thouvenin, pédiatre hospitalier, Paris

Dr Caroline Thumerelle, médecin généraliste, Lille

Dr Eric Van Melkebeke, pédiatre libéral, Plouguernevel

M. Antoine Verdaguer, masseur-kinésithérapeute, Caen

Dr Francois Vie Le Sage, pédiatre libéral, Aix-les-Bains

Dr Bénédicte Vrignaud, réanimation pédiatrique, Nantes

Bibliographie

• **Bourgeois M.L.**

Deuil normal, deuil pathologique, clinique et psychopathologie, in Référence en psychiatrie, Doin, 2003.

• **Epelbaum-Graindorge C., Ferrari P.**

Réactions psychologiques à la maladie chez l'enfant, in « Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent », chapitre 53, Flammarion, 1993.

• **Romano, H.**

La maladie et la handicap à hauteur d'enfant, Fabert, 2011.

• **Graindorge C.**

Comprendre l'enfant malade. Du traumatisme à la restauration psychique, Dunod, 2005.

• **Oppenheim D.**

Là-bas, la vie. Des enfants face à la maladie, Seuil, 2010.

Grandir avec un cancer. L'expérience vécue par l'enfant et l'adolescent, De Boek, 2009.

• **Raimbault G.**

L'enfant et la mort. Problème de la clinique du deuil, Dunod, 2011.

• **Boivin J., Palardy S., Tellier G.**

L'enfant malade. Répercussions et espoirs, CHU Sainte Justine, 2000.

Médiagraphie

• **Chaîne Youtube Hôpital Universitaire Robert-Debré**

<https://www.youtube.com/user/hoprobertdebre/videos>

