



Signes d'appel à domicile Consultation spécialisée? Urgente?

Journée du CNSF

04 juin 2018

Paris

A. Ayachi
SMUR pédiatrique 93
Avicenne - Montreuil

Cas clinique N° 1

- Intervention SMUR, nouveau-né de 15 jours
- Motif d'appel: gêne respiratoire
- Sur place: BSPP, SMUR adulte
- SMUR pédiatrique annulé sur le trajet

A l'arrivée du SMUR pédiatrique

-SMUR adulte parti

-BSPP encore sur place

.../...



Cas clinique N° 2

- Nouveau-né 12 jours
- Appel pour changement de teint
- SMUR adulte sur place, examen dit normal
- SMUR pédiatrique
 - Interrogatoire
 - Examen enfant déshabillé
 - Pauses respiratoires
 - Changement de teint
 - VNI
 - Réanimation pédiatrique

Recours aux SAU des nouveau-nés

- 0 – 28 jours
- Constante augmentation du recours aux SAU
 - Inquiétude parentale excessive
 - Manque de soutien familial, éducatif, socioculturel au décours du séjour en maternité
 - Vulnérabilité du nouveau-né
- Affections bénignes 43 – 60 %
- 80 % consultation directe

Pérez Solis D, Ann Pediatr 2003;59:54–8.

Kennedy TJ. Pediatr Emerg Care 2004;20:437–42.

Pomerantz WJ. Pediatr Emerg Care 2002;18:403–8.

Tableau I : Accroissement de la fréquentation des urgences pédiatriques comparé à l'évolution des naissances à Angers entre 2008 et 2013

Année	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Taux d'augmentation
Nombre de nouveau-nés* admis aux urgences pédiatriques	296	286	340	369	375	382	+ 29%
Nombre de naissances à Angers**	6452	6295	6444	6457	6416	6274	- 2,8%

*moins de 28 jours de vie

** CHU et Clinique de l'Anjou

Caractéristiques des nouveau-nés aux urgences

	<i>n</i> (%)
<i>Terme de naissance (SA)</i>	
> 37	321 (76,6)
32 à 37	22 (5,3)
< 32	0
NR	76 (18,1)
<i>Âge (jours)</i>	
j1-j7	54 (12,8)
j8-j14	144 (34,4)
j15-j21	120 (28,7)
j22-j28	101 (24,1)
<i>Poids de naissance (g)</i>	
< 2500	11 (2,6)
<i>Risque infectieux materno-fœtal</i>	
Oui	71 (16,9)
Non	274 (65,4)
Non renseigné	74 (17,7)
<i>Hospitalisation en période néonatale</i>	
Oui	28 (6,7)
Non	324 (77,3)
Non renseigné	67 (16)

SA : semaines d'aménorrhée ; NR : non renseigné.

Tableau III

Motifs de consultations et diagnostics retenus par type ou organe.

Motifs de consultation (par type ou organe et ordre de fréquence)	n (%)	Diagnostic finalement retenu	n (%)
<i>Gastro-entérologie</i>	142 (33,9)	<i>Gastro-entérologie</i>	143 (34,1)
Vomissements	50 (11,9)	Régurgitations	42 (10)
Autres (constipation, ballonnement, selles molles, douleur abdominale, hernie, sténose du pylore, fente labio-palatine...)	33 (7,9)	Coliques	34 (8,1)
Diarrhées	18 (4,3)	Autres (causes chirurgicales, suspicion APLV, muguet buccal, fissure anale...)	31 (7,4)
Troubles de l'Alimentation	17 (4,1)	GEA/diarrhées	18 (4,3)
Hémorragie digestive	13 (3,1)	Vomissements	12 (2,9)
Diarrhées + vomissements	11 (2,6)	Constipation	7 (1,7)
		Hémorragie digestive	6 (1,4)
<i>Divers</i>	83 (19,8)	<i>Pneumologie/ORL</i>	87 (20,8)
Pleurs	59 (14,1)	Rhino-pharyngites	48 (11,5)
Ictère	9 (2,1)	Bronchiolites	28 (6,7)
Autres (MSN, erreur admission, ré adressé maison médicale, œdème localisé...)	8 (1,9)	Autres (cyanose, toux, pneumopathie, stridor, dyspnée...)	7 (1,7)
Gynécomastie	7 (1,7)	Détresse respiratoire	4 (0,9)
<i>Pneumologie/ORL</i>	79 (18,9)	<i>Divers</i>	64 (15,2)
Gêne respiratoire (haute et basse)	45 (10,8)	Inquiétude parentale	32 (7,6)
Autres (pauses respiratoires, cyanose, étternuements, hémoptysie, toux, bruits respiratoires, encombrement nasal...)	34 (8,1)	Autres (hémorragie conjonctivale, avis néphrologue, imperforation du canal lacrymal, douleur...)	11 (2,6)
		Ictère	8 (1,9)
		Crise génitale	7 (1,7)
		Mammite	6 (1,4)
<i>Fièvre</i>	34 (8,1)	<i>Infectieux</i>	30 (7,2)
		Fièvre	17 (4,1)
		Autres (IMF tardive, ostéo-arthrite, méningite, pyélonéphrite...)	13 (3,1)
<i>Neurologie</i>	32 (7,7)	<i>Neurologie</i>	27 (6,4)
Malaise	15 (3,6)	Malaise	13 (3,1)
Traumatisme crânien	12 (2,9)	Traumatisme crânien	12 (2,9)
Autres (somnolence, trémulations, convulsion)	5 (1,2)	Autres (convulsion, trémulations...)	2 (0,4)
<i>Dermatologie</i>	21 (5)	<i>Troubles de l'alimentation</i>	25 (6)
Autres (chute de cheveux, éruption cutanée, érythème fessier...)	14 (3,3)	<i>Dermatologie</i>	18 (4,3)
Pathologie du cordon ombilical	7 (1,7)	Autres (milium, acné, érythème fessier, eczéma, mycose, morsure tique...)	11 (2,6)
<i>Traumatologie</i>	14 (3,3)	Soins de cordon	7 (1,7)
<i>Urologie/gynécologie</i>	6 (1,4)	<i>Traumatologie</i>	12 (2,9)
NR	5 (1,2)	NR	7 (1,7)
<i>Ophtalmologie</i>	3 (0,7)	<i>Cardiologie</i>	3 (0,7)
		<i>Urologie</i>	3 (0,7)
Total	419	Total	419

ORL : otorhinolaryngologie ; NR : non renseigné ; IMF : infection materno-fœtale ; GEA : gastro-entérite aiguë ; APLV : allergie aux protéines de lait de vache.

Ce qui doit être systématique

- Poids et croissance
- L'état de la peau
- Prise des biberons et qualité de la tétée
- Comportement et relation avec la mère
- L'examen du cordon
- Température du nouveau-né
- DRP
- Transit , selles , abdomen; RGO ; vomissement
- Aspect des urines

Examen clinique détaillé

Ce qui doit être systématique

- Soins de puériculture et de prévention :
 - Revoir les bases de puériculture: bain; soins de la peau; soins du cordon..
 - Examen des conditions de couchage
 - Température de la pièce
 - Comportement des parents en cas de pleurs

Ce qui doit conduire à une consultation urgente

- **Etat de conscience:**
 - Somnolence
 - Qualité de la relation
 - Tonus
- **Température:**
 - Hyperthermie
 - Hypothermie
 - Infection
 - Insuffisance circulatoire
- **Difficultés respiratoires:**
 - Rhinite; Encombrement rhino pharyngé
 - Toux
 - Dyspnée
 - Pauses respiratoires

Ce qui doit conduire à une consultation urgente

- **Etat de la peau:**
 - Cyanose, pâleur
 - Hématomes
 - Eruption cutanée
 - Ictère
 - Déshydratation (muqueuses, poids...)
- **Vomissements**
 - Aspect
 - Ballonnement abdominal
 - Délai et fréquence
- **Changement de comportement** : hypotonie, hypo réactivité, somnolence mouvements anormaux, refus du biberon; déficit...

Facteurs de risque d'hyperbilirubinémie sévère

- AG < 38 SA
- Ictère < 24 premières heures de vie.
- Antécédents dans la fratrie d'ictère traité par photothérapie.
- Histoire familiale évocatrice de maladies hémolytiques (incompatibilité foetomaternelle, déficit en G6PD...).
- Existence d'hématome et/ou de céphalématome.
- Parents sont originaires d'Asie, d'Afrique ou des Antilles.

HAS

Tableau 2. Définition du bas risque pédiatrique pour un retour à domicile après une durée de séjour standard

	Critères
1	Nouveau-né à terme ≥ 37 SA singleton et eutrophe
2	Examen clinique normal* réalisé impérativement 48 heures après la naissance et avant la sortie
3	Température axillaire entre 36 et 37 °C ou centrale entre 36,5 et 37,5 °C
4	Alimentation établie (si allaitement maternel : observation d'au moins 2 tétées assurant un transfert efficace de lait reconnu par la mère), mictions et selles émises, transit établi
5	Perte de poids < 8 % par rapport au poids de naissance
6	Absence d'ictère nécessitant une photothérapie selon la courbe d'indication thérapeutique et mesure de la bilirubine transcutanée ou sanguine à la sortie rapportée au nomogramme (groupes à bas risque d'ictère sévère et risque intermédiaire bas**)
7	Absence d'éléments cliniques ou paracliniques en faveur d'une infection ; si facteurs de risque d'infection : prélèvements biologiques et bactériologiques récupérés et négatifs
8	Dépistages néonataux réalisés à la maternité
9	Suivi <i>post-partum</i> après la sortie planifié : un rendez-vous est pris avec le professionnel référent du suivi dans la semaine suivant la sortie, si possible dans les 48 heures suivant cette sortie

* dont stabilité des fonctions vitales : fréquence respiratoire < 60/min, fréquence cardiaque > 90 et < 170/min au repos ;

** définis selon les courbes de référence utilisées.

Tableau 4. Définition du bas risque pédiatrique pour un retour précoce à domicile

	Critères
1	Nouveau-né à terme ≥ 38 SA , singleton et eutrophe
2	Apgar ≥ 7 à 5 minutes
3	Examen clinique normal* le jour de sortie
4	Température axillaire entre 36 et 37 °C ou centrale entre 36,5 et 37,5 °C
5	Alimentation établie (si allaitement maternel : observation d'au moins 2 tétées assurant un transfert efficace de colostrum/lait reconnu par la mère), mictions et émissions spontanées des selles, transit établi
6	Perte de poids < 8 % par rapport au poids de naissance
7	Absence d'ictère ayant nécessité une photothérapie selon la courbe d'indication thérapeutique et mesure de la bilirubine transcutanée et/ou sanguine à la sortie rapportée au nomogramme (uniquement groupe à bas risque d'ictère sévère**)
8	Absence d'éléments cliniques ou paracliniques en faveur d'une infection ; si facteurs de risque d'infection : prélèvements biologiques et bactériologiques récupérés et négatifs
9	Vitamine K1 donnée
10	Dépistages néonataux organisés par la maternité et leur traçabilité assurée
11	Suivi <i>post-partum</i> après la sortie organisé : 1 ^{re} visite prévue dans les 24 heures après la sortie

* dont stabilité des fonctions vitales : fréquence respiratoire < 60/min, fréquence cardiaque > 90 et < 170/min au repos ; ** groupe défini selon les courbes de références utilisées.

Tableau 6. Paramètres de surveillance des nouveau-nés à bas risque retournés à domicile après une durée de séjour standard

Paramètres de surveillance
Risque d'ictère : coloration et si besoin BTC ou BS
Risque de cardiopathies : auscultation et perception nette des pouls fémoraux
Risque de déshydratation/dénutrition : poids, surveillance de l'alimentation (allaitement maternel ou allaitement artificiel), urines à chaque change, selles spontanées et régulières (3 ou 4 selles/jour)
Risque infectieux : température (hypo ou hyperthermie), fréquence respiratoire, troubles hémodynamiques (allongement du temps de recoloration)
Comportement : tonus, éveil, contact
Supplémentation en vitamines D et en cas d'allaitement maternel en vitamines K

Tableau 7. Paramètres de surveillance des nouveau-nés à bas risque après un retour précoce à domicile

Paramètres de surveillance
Risque d'ictère : surveillance de la coloration et mesure de BTC ou BS (reportée dans le carnet de santé et rapportée aux courbes de référence)
Risque de cardiopathies : auscultation et perception nette des pouls fémoraux
Risque de déshydratation/dénutrition : poids, surveillance de l'alimentation (allaitement maternel ou allaitement artificiel), urines à chaque change, selles spontanées et régulières (3 ou 4 selles/jour)
Risque infectieux : température (hypo ou hyperthermie), fréquence respiratoire, troubles hémodynamiques (allongement du temps de recoloration)
Comportement : tonus, éveil, contact
Supplémentation en vitamines D et en cas d'allaitement maternel en vitamines K
Réalisation des dépistages néonataux et suivi de leur traçabilité

NB : les différences avec les paramètres de surveillance des nouveau-nés à bas risque retournés à domicile après une durée de séjour standard sont surlignées.

Parcours de soins du nouveau-né au cours du premier mois de vie

- 2 examens à la maternité :
 - dans les **2 heures suivant sa naissance**
 - après **48 heures et avant la sortie** de maternité en cas de durée de séjour standard
 - **jour de la sortie** en cas de sortie précoce
- **nouvel examen entre le 6e et le 10e jour postnatal** (pédiatre).
- Premier certificat de santé « *à établir obligatoirement dans les 8 premiers jours de vie* » ne peut être rempli que par un médecin (généraliste ou pédiatre).
- Un autre examen du nouveau-né peut être **organisé entre le 11e et le 28e jour postnatal**, selon l'appréciation du médecin ayant réalisé l'examen pédiatrique précédent.

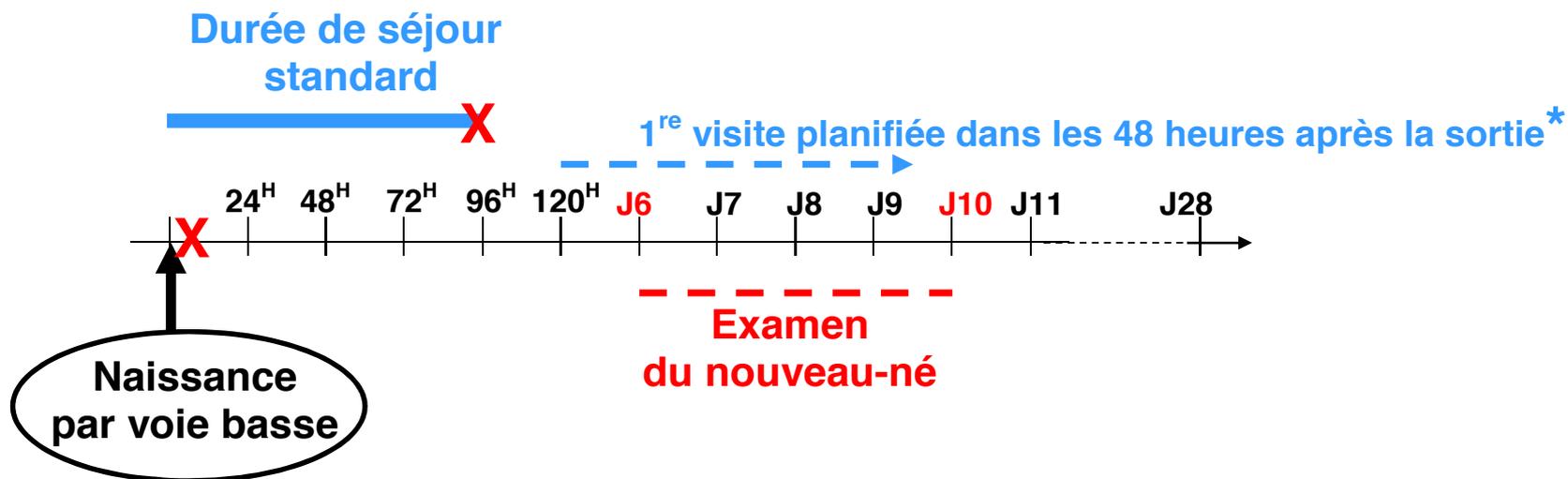
Parcours de soins du nouveau-né au cours du premier mois de vie

- Au cours de la deuxième semaine de vie l'examen du nouveau-né peut être complété par la visite du professionnel référent du suivi (**sage-femme libérale ou de PMI, puéricultrice**), dont le but est de vérifier :
 - Récupération du poids de naissance
 - Bonne prise alimentaire (transit régulier, pas de vomissements)
 - Bonne mise en place de l'allaitement maternel
 - Absence d'ictère ou caractère non pathologique de celui-ci : bon tonus, éveil, prise alimentaire suffisante, selles normalement colorées, urines claires ; en cas de doute clinique apprécier son intensité par une mesure de la BTC (estimation) ou de la BS
 - Absence d'éléments en faveur d'une
 - Absence de détresse respiratoire
 - Bonne instauration du lien mère-enfant et du lien parents-enfant.

Annexe 4. a. Schéma du parcours de soins du nouveau-né au cours du premier mois de vie après une durée de séjour standard

La 2^e visite est recommandée et planifiée selon l'appréciation du professionnel référent en charge du suivi (de même pour des visites supplémentaires en fonction des éléments médicaux à surveiller et/ou des besoins ressentis par la mère et/ou le couple).

En cas de césarienne, la durée de séjour maximale est de 120 heures.



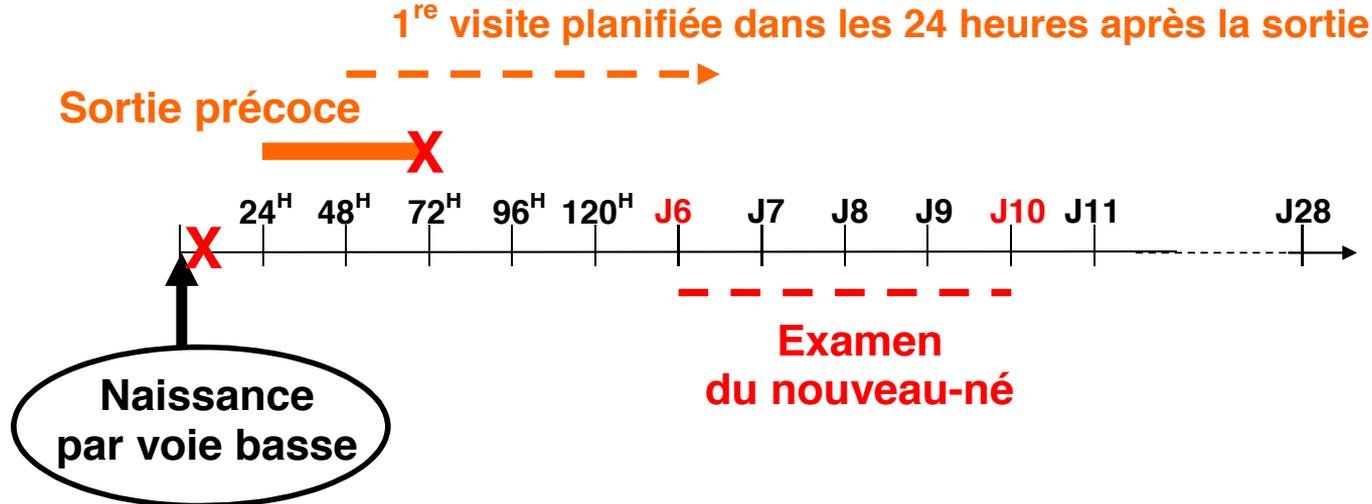
X : Examens du nouveau-né réalisés en maternité (dans les 2 heures suivant la naissance, puis avant la sortie mais impérativement après 48 heures de vie)

* : voire dans la semaine

Annexe 4. b. Schéma du parcours de soins du nouveau-né au cours du premier mois de vie après une sortie précoce (au cours des 72 premières heures en cas de naissance par voie basse, ou au cours des 96 premières heures en cas de césarienne)

La 2^e visite est systématique et planifiée selon l'appréciation du professionnel référent en charge du suivi (de même pour la 3^e visite qui est recommandée, voire pour des visites supplémentaires en fonction des éléments médicaux à surveiller et/ou des besoins ressentis par la mère et/ou le couple).

En cas de césarienne, la sortie précoce a lieu au cours des 96 premières heures.



X : Examens du nouveau-né réalisés en maternité
(dans les 2 heures suivant la naissance, puis le jour de la sortie)

Conclusion

- Période fragile
- Primipare isolée, information et éducation+++
- Examen rigoureux, NN tout nu
- Prévention la MIN; SBS; bronchiolite