

Aux urgences pédiatriques, la douleur n'attend pas

Du berceau à l'adolescence, un service en première ligne face à l'imprévu: les urgences pédiatriques du RHNE accueillent les enfants et leurs familles avec une prise en charge adaptée à chaque situation. Gestion de la douleur et de l'anxiété sont au cœur des soins.

PAR BRIGITTE REBETZ



Caroline Seel, infirmière en pédiatrie spécialiste du tri, et le Dr Fabian Spigariol, spécialiste en médecine d'urgence pédiatrique. GUILLAUME PERRET

Des fractures aux situations plus critiques, le service des urgences pédiatriques du Réseau hospitalier neuchâtelois (RHNE), à l'hôpital Pourtalès (Neuchâtel), prend en charge les patients de la naissance à 16 ans, avec une approche centrée sur leur confort.

Autrement dit, de nouveaux outils ont été mis en place pour traiter la douleur et le stress. En constante augmentation, la fréquentation représente 25 000 consultations par an, avec des pics d'affluence saisonniers.

Comment les patients sont-ils orientés à leur admission, et les soins priorisés? L'éclairage du médecin-chef de service Fabian Spigariol, spécialiste en médecine d'urgence pédiatrique, et de Caroline Seel, infirmière aux urgences pédiatriques formée à l'hypnose.

Quand un enfant arrive aux urgences pédiatriques, comment est-il pris en charge?

Caroline Seel: Il est accueilli par une infirmière en pédiatrie spécialiste du tri. Nous commençons par une observation visuelle, qui livre des informa-

tions immédiates sur l'état circulatoire et le travail respiratoire. Nous travaillons sur la base d'un protocole standardisé pour établir le score ATS – de 1 à 5 – qui permet de trier les patients de manière équitable.

Il détermine le temps d'attente avant d'être vu par le pédiatre – le score de 1, par exemple, requiert une prise en charge immédiate. Mais passer par la salle d'attente n'est pas forcément du temps perdu: nous pouvons souvent démarrer le traitement des enfants qui y sont installés et améliorer leur confort, en leur donnant un antidouleur ou un antivomifit par exemple.

Dr Fabian Spigariol: Sur la base d'un protocole et lorsque c'est indiqué, l'infirmière de tri peut administrer un antivomifit, ce qui permettra à l'enfant de reboire par la bouche. En commençant les soins dès l'accueil, nous pourrons libérer le patient plus rapidement! Un autre exemple, c'est le faux croup: l'infirmière peut soulager l'enfant en lui donnant un corticoïde sans tarder. Du coup, quand le médecin le verra par la suite, il pourra voir si le traitement a

agi correctement, et donc le libérer plus vite.

Traiter la douleur et l'anxiété est au cœur de la prise en charge. En pratique, cela se passe comment?

Dr F. S.: Pour chaque enfant qui consulte, le projet de soins englobe son confort et fait en sorte qu'il n'ait pas mal. Les parents sont toujours présents durant les soins, sauf exception. Il y a eu un changement majeur dans la prise en compte de la douleur et de l'attente, avec une restructuration des procédures depuis 2020. La douleur n'attend pas.

Si l'infirmière anticipe qu'un enfant aura besoin d'une prise de sang ou d'un cathéter, elle appliquera un patch anesthésiant dès l'accueil. Vu que l'effet se manifeste après une trentaine de minutes, il sera suffisant au moment où le patient voit le médecin.

S'il présente une vive douleur, un puissant antalgique peut être donné par le nez afin de le soulager en moins de cinq minutes. Nous avons des traitements adaptés à chaque situation, comme le drainage d'un abcès: nous endormons l'en-

Il y a eu un changement majeur dans la prise en charge de la douleur et de l'attente, avec une restructuration des procédures depuis 2020.

FABIAN SPIGARIOL
SPECIALISTE EN MÉDECINE D'URGENCE PÉDIATRIQUE

25 000

consultations ont été délivrées aux urgences pédiatriques du RHNE en an, un chiffre en constante augmentation.

fant, ce qui n'était pas le cas autrefois. En présence de maux importants, nous collaborons avec les anesthésistes.

C. S.: A l'admission, nous observons l'enfant et son parent, ce qui permet de jauger l'anxiété et la douleur. Nous veillons à rassurer, expliquer et faire baisser la tension. La douleur est physique et émotionnelle, nous la prenons en charge dans toutes ses dimensions.

Il y a un travail de collaboration au sein de l'équipe médico-soignante: nous dialoguons en amont pour concevoir un scénario qui détendra l'enfant durant les soins.

On va utiliser la distraction – livres, bulles ou casque de réalité virtuelle pour les plus grands... – car si on arrive à déplacer son attention, la tension diminue. La grande majorité des collaborateurs du département sont formés à l'hypnoanalgésie, qui agit sur la perception de la douleur, et certains d'entre eux à l'hypnose.

Je rassure toujours les parents: l'hypnoanalgésie n'endort pas l'enfant, ne prend pas le contrôle de son esprit et n'a rien à voir avec l'hypnose de spectacle! Elle va simplement lui permettre de partir dans son imaginaire, avec ses propres ressources.

Les enfants sont très réceptifs parce que leur imagination est très développée. Ils viennent ainsi à convoquer les saveurs d'une belle expérience qu'ils peuvent réactiver d'eux-mêmes ultérieurement, ce qui peut aider les

jeunes patients atteints de maladies chroniques.

Non seulement les urgences pédiatriques sont toujours plus sollicitées en Suisse, mais la complexité des cas augmente...

Dr F. S.: En effet, nous voyons davantage de patients avec des maladies complexes, ou qui nécessitent une approche particulière comme les troubles «dys», des autismes ou des enfants de parents issus de la migration et porteurs de maladies différentes...

Même les fractures osseuses se sont complexifiées: au début de ma pratique, un coude disloqué était très inhabituel alors qu'aujourd'hui nous avons plusieurs cas par mois. Constat analogue pour les tentatives de suicide chez les enfants de moins de 16 ans: nous sommes désormais confrontés à plusieurs situations par semaine tandis qu'auparavant on n'en voyait quasiment jamais...

En quoi la Charte européenne des droits de l'enfant hospitalisé (1988) a-t-elle redéfini la prise en charge?

Dr F. S.: Elle englobe un ensemble de mesures, parmi lesquelles l'accueil dans un milieu dédié à leurs besoins avec un personnel spécifiquement formé. Cela implique une équipe médico-soignante spécifiquement formée à la pédiatrie ou à la médecine d'urgence pédiatrique. Les besoins pour lesquels il faut un savoir-faire médical et infirmier précis diffèrent selon l'âge de l'enfant.