

# **IPCEM**

**« ... et si l'éducation thérapeutique était possible aux urgences pédiatriques ? »**

**Cécile ALLUS & Armelle MONTESTRUCQ  
Formation IPCEM 2011**

# SOMMAIRE

Remerciements

<b>Introduction</b> .....	p 1
<b>I/ « Etat des lieux » : Présentation de la situation</b> .....	p 2
1. Présentation du service .....	p 2
2. L'éducation au sein des urgences pédiatriques .....	p 4
<b>II/ Projet conceptuel</b> .....	p 5
1. Problématique .....	p 5
2. Argumentation de la création d'un outil d'éducation thérapeutique	p 5
3. Facteurs limitants .....	p 6
4. Facteurs facilitants .....	p 7
<b>III/ Mise en place du projet</b> .....	p 8
1. Présentation du lieu d'intervention .....	p 8
2. Population ciblée .....	p 8
3. Projet d'outils .....	p 9
4. Description des mises en pratiques .....	p 9
<b>IV/ Résultats</b> .....	p 12
<b>Conclusion</b> .....	p 16

**Bibliographie**  
**Annexes**

**Résumer Mots clefs**

# Remerciements

Nous souhaitons remercier tout particulièrement :

- L'institut de Perfectionnement en Communication et Education Médicale (IPCEM) ainsi que les différents intervenants au cours de ces trois sessions.
- L'équipe médicale et paramédicale des urgences pédiatriques, ainsi que Dr Thierry MANSIR et Mme DEBARD.
- Les enfants et leurs familles ayant participés aux séances d'éducation thérapeutiques.

# Introduction

Depuis une quinzaine d'années, l'Education thérapeutique se développe en France pour améliorer la qualité de vie des personnes atteintes de pathologie chronique. Mais à ce jour, peu de documents existent sur l'Education thérapeutique menée au sein d'un service d'urgences.

Les urgences pédiatriques du Centre Hospitalier de Pau, accueillent des enfants présentant des pathologies ponctuelles réversibles (plaie, fracture, gastro-entérite...) mais aussi des pathologies chroniques nécessitant une prise en charge médicamenteuse autre que le traitement de fond habituel comme dans le cas d'une crise d'asthme (les crises d'asthme représentant 3,08 % des passages annuels aux urgences pédiatriques de Pau).

De par notre expérience professionnelle commune, une demande de l'équipe soignante, un besoin d'information verbalisé par les parents d'enfants asthmatiques, l'inexistence de documents concernant la prise en charge de l'asthme, il nous paraissait indispensable de créer un outil éducatif au sein des urgences pédiatriques malgré la spécificité d'un tel service.

Notre motivation, renforcée par notre formation en 2011 sur l'Education thérapeutique à l'IPCEM par le biais du laboratoire GSK, nous a confortés dans la volonté de créer des outils éducatifs : un livret d'acquisition de compétences d'auto soin accessible par tous (soignant / soigné) et pour tous (par les parents/ enfants d'origines socio culturelles différentes) ainsi que la création d'une grille d'évaluation de l'acquisition du geste technique. Aussi, la mise en place d'une Education thérapeutique au sein du service d'urgences pédiatriques puisse-t-elle diminuer le nombre de passage et/ou d'hospitalisation pour dyspnée améliorant ainsi la qualité de vie du patient asthmatique.

# **I/ « Etat des lieux » : Présentation de la situation**

## **1. Présentation du service**

Le service des Urgences Pédiatriques se situe au rez-de-chaussée du Centre Hospitalier François Mitterrand à Pau, au même niveau que les services de Pédiatrie, de Réanimation Pédiatrique et de Néonatalogie.

Il est constitué de quatre salles d'examen, d'une Salle d'Accueil d'Urgences Vitales Pédiatriques (S.A.U.V.P), qui sert également de Zone de Surveillance de Très Courte Durée (Z.S.T.C.D), d'un bureau médical, d'un bureau d'accueil, d'une salle d'attente et d'une salle de jeux pour les enfants (Annexe n°1).

Ce service est composé d'une équipe pluridisciplinaire (Annexe n°2) :

- Un chef de service Pédiatre Réanimateur : Docteur Thierry Mansir
- Deux médecins seniors qui sont urgentistes de médecine générale et deux urgentistes à mi-temps
- Des internes de médecine générale et de pédiatrie
- D'un cadre de santé : Mme Debard également cadre du service de pédiatrie
- Une équipe de puéricultrices et d'infirmières qui sont au nombre de quatorze (dont 9 postes équivalent temps plein, 2 postes à mi-temps, 2 postes à 75% et 1 poste à 80%)
- Une équipe d'auxiliaire puéricultrice au nombre de quatre temps plein
- Une A.M.A (Agent médico-administratif) de 9h à 16h45 du lundi au vendredi
- D'agents de services hospitalier (A.S.H)

Les urgences pédiatriques accueillent les enfants de la naissance à 15ans et 3 mois. Sous certaines conditions, l'âge limite de prise en charge peut être repoussé jusqu'à 18 ans. Notamment en ce qui concerne les enfants suivis par l'un des pédiatres du centre hospitalier tels que : les enfants diabétiques insulino-dépendants, les enfants d'hémo-oncologie, les enfants atteints de maladies métaboliques, troubles de l'alimentation (anorexie, boulimie...), les enfants suivis en néphrologie, les enfants poly-handicapés pris en charge au Nid Béarnais (Centre Médical de la Croix Rouge accueillant des enfants poly handicapés).

Mais aussi les enfants alcoolisés, en situation de souffrances psychologiques (autolyse médicamenteuse volontaire...)

Les patients accueillis aux urgences pédiatriques, présentent des pathologies diverses et variées, mais que l'on peut diviser en deux groupes :

- Traumatologie
- Médecine

Ce qui entraîne une grande diversité dans les soins sur le plan « Bio Psycho-Social » car l'enfant et sa famille sont pris en charge dans leur globalité, en tenant compte des différences culturelles, de la barrière de la langue et parfois même de problèmes d'illettrisme.

Au 30 septembre 2012, il y a eu 15 116 passages aux urgences pédiatriques dont 13 008 non suivis d'une hospitalisation et 1 738 suivis d'une hospitalisation.

Courant 2009, a été créée une Zone de Surveillance de Très courte Durée (Z.S.T.C.D) située dans la S.A.U.V.P (Annexe 3 Circulaire n° DHOS/F1/MTAA/2006/376 du 31 août 2006, Annexe 4 Projet de mise en place d'une ZSTCD 1er Juillet 2009).

L'admission en Z.S.T.C.D d'un patient ne se fait qu'à l'issue de son passage en service de soins des urgences et que son état de santé :

- présente un caractère instable ou que le diagnostic est incertain
- nécessite une surveillance médicale et un environnement paramédical qui ne peuvent être délivrés que dans le cadre d'une hospitalisation
- nécessite la réalisation d'examens complémentaires ou d'actes thérapeutiques

Par exemple : crise d'asthme sévère, surveillance traumatisme crânien, diarrhée aiguë du nourrisson...

Au 30 septembre 2012 il y a eu 283 hospitalisations en Z.S.T.C.D.

Le motif de consultation pour dyspnée représente 20% du total de passages aux urgences et environ 7% sont des crises d'asthme. En France l'asthme concerne plus de 3 millions de personnes dont un tiers d'enfants. Un futur asthmatique naît en France toutes les 10mn. L'asthme représente la maladie chronique la plus fréquente chez l'enfant. Il est responsable de 600 000 journées d'hospitalisation. Chaque jour 6 à 8 personnes décèdent d'une crise d'asthme sévère.

L'asthme est une « *maladie chronique associant une obstruction des voies aériennes réversible, et une hyperréactivité bronchique suite à une inflammation. Pour le nourrisson, la définition retenue est la survenue d'épisodes dyspnéiques se reproduisant au moins trois fois avant l'âge de 2 ans* ». <sup>1</sup>

Le traitement de l'asthme passe par une levée du bronchospasme par des B2 mimétiques et de l'inflammation par des corticoïdes inhalés, selon la sévérité. Ces traitements inhalés, chez l'enfant en bas âge, ne peuvent se faire que par le biais d'une chambre d'inhalation ou un nébuliseur. L'efficacité des traitements inhalés, requiert une bonne technicité d'une part, et d'autre part une bonne adhésion de l'enfant mais aussi une implication des parents.

En 2010, au regard des besoins de la population, il a été créé au centre hospitalier de Pau des « Ateliers du souffle » dont les séances éducatives ont débuté en 2011. Ces ateliers ont vu le jour grâce à une équipe pluridisciplinaire composée de 5 personnes du service de pédiatrie (1 pédiatre, le cadre de santé, 1 Infirmière Diplômée d'Etat (IDE), 1 Infirmière Puéricultrice Diplômée d'Etat (IPDE)), 1 médecin posté au Département d'Information Médicale (DIM) et 1 conseillère en éducation santé postée au Centre Des Maladies Respiratoires 64 (CDMR64).

---

<sup>1</sup> Sheinmann P. De Blic J. *Allergologie pédiatrique. Médecine- Sciences*, Flammarion, 2007, page 3-15

Ces ateliers ont pour objectif d'éviter une nouvelle hospitalisation de l'enfant. Ils jouent donc un rôle primordial de prévention et d'éducation.

## **2. L'éducation au sein des urgences pédiatriques**

Notre projet se situant au niveau d'un service d'urgences, il nous paraissait important de définir les termes « urgence » et « éducation ».

« **Urgence** » : la définition médicale de l'urgence est précise : *« toute circonstance qui, par sa survenue ou sa découverte, introduit ou laisse supposer un risque fonctionnel ou vital si une action médicale n'est pas entreprise immédiatement. L'appréciation de l'urgence est instantanée et appartient autant à la victime qu'au soignant »*.<sup>2</sup>

Il y a 4 niveaux d'urgence :

1. Urgence vitale : pathologie mettant en jeu le pronostic vital immédiatement, urgence absolue ou extrême urgence (arrêt cardio-respiratoire, crise d'asthme sévère...)
2. Urgence vraie : pathologie aiguë grave menaçant le pronostic vital (Déshydratation du nouveau né, traumatisme crânien ...)
3. Urgence relative : pathologie aiguë ne mettant pas en jeu le pronostic vital (Fracture, céphalées...)
4. Urgence différée : pathologie pouvant être soignée avec délai (Rhinorrhée, plaie superficielle...).

« **Education** » : l'éducation thérapeutique selon un groupe de travail de la région Europe de l'O.M.S : *« l'éducation thérapeutique du patient devrait permettre aux patients d'acquérir et de conserver les capacités et les compétences qui les aide à vivre de manière optimale leur vie avec la maladie. Il s'agit par conséquent, d'un processus permanent, intégré dans les soins et centré sur le patient. L'éducation implique des activités organisées de sensibilisation, d'information, d'apprentissage de l'autogestion et du soutien psychologique concernant la maladie, le traitement prescrit, les soins, le cadre hospitalier et de soins, les informations organisationnelles et les comportements de santé et de maladie. Elle vise à aider les patients et leurs familles à comprendre la maladie et le traitement, coopérer avec les soignants, vivre plus sainement et maintenir ou améliorer leur qualité de vie »*. (Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Education thérapeutique du patient-professionnels de soins dans le domaine de la prévention des maladies chroniques. Recommandations d'un groupe de travail de l'OMS, Bureau régional pour l'Europe (Copenhague) 1998.<sup>3</sup>

Les soignants des services d'urgences pédiatriques ont un rôle essentiel voire primordial au niveau de l'éducation des enfants et des parents, par rapport à la prise en charge de la pathologie et de l'administration du ou des traitements. Elles assurent la prise en charge des patients en amont des services hospitaliers et l'éducation réalisée

---

<sup>2</sup> Site Internet « Institut UPSA de la douleur » derrière mis à jour le 19/10/2010

<sup>3</sup> Cahier de la puéricultrice « L'éducation thérapeutique pédiatrique en France », n°259 Août-Septembre 2012, p11, pp 10-15

par les soignants peut diminuer le nombre de consultation d'un enfant pour le même motif. Conscientes, en tant que professionnelles de santé, de l'importance du rôle propre infirmier en matière d'information et d'éducation des enfants et de leur famille, en tenant compte de la particularité d'un service d'urgences pédiatriques, un certain nombre d'outils ont été créés (Annexes n° 5 à 8) :

- Fiche conseil pour la prise en charge de la constipation
- Fiche conseil sur le régime anti-diarrhéique
- Fiche conseil sur la prise en charge de l'hyperthermie
- Fiche conseil sur la désobstruction rhino-pharyngée

Ces fiches sont remises aux parents en complément de l'information orale réalisée par l'équipe soignante.

## **II/ Projet conceptuel**

### **1. Problématique**

Au cours de notre expérience professionnelle, nous nous sommes rendu compte de certaines données mettant en valeur une problématique.

En effet, les consultations répétitives d'un certain nombre d'enfants asthmatiques venant aux urgences pédiatriques pour crise d'asthme, nous interrogent sur le mode d'administration du traitement. Est-ce que les crises récidivent de part un défaut de manipulation de la chambre d'inhalation ? De par un défaut d'administration du traitement ? Dans quel ordre sont administrés les médicaments ? La position de l'enfant est-elle appropriée ?

Aussi, sommes-nous confrontés à un problème d'incompréhension des parents de part la barrière de la langue ou bien de part des informations orales transmises sans forcément de support écrit.

Qui plus est, il nous est déjà arrivé de rencontrer des parents demandeurs d'informations sur la manipulation de la chambre d'inhalation comme sorte de « remise à niveau ».

### **2. Argumentation de la création d'un outil d'éducation thérapeutique.**

En 2011 les urgences pédiatriques ont comptabilisé 19804 passages, dont 17476 passages non suivis d'une hospitalisation. Sur ces 19804, les statistiques montrent que 610 patients ont été admis aux urgences pédiatriques pour motif de dyspnée au sens large du terme : soit 3,08 % des passages annuel.

Vu le nombre de passage pour motif de dyspnée, concernant essentiellement les enfants âgés de 0 mois à 5 ans, la plupart d'entre eux bénéficient d'un traitement de fond avec la chambre d'inhalation, mais aussi de part l'inexistence d'outil éducatif concernant les enfants manifestant une dyspnée (mis à part les soins d'hygiène tel que la fiche DRP), il nous semblait important et nécessaire de créer un outil pédagogique simple, facile de compréhension, concis, accessible par tous et pour tous, compte tenu des différentes populations socioculturelles rencontrées aux urgences pédiatriques.

Qui plus est, l'ensemble de l'équipe de soins des Urgences Pédiatriques est demandeuse d'un document qui permettrait à tout un chacun d'avoir un propos univoque afin d'éduquer le patient à la manipulation adéquat de la chambre d'inhalation. Ce qui par la même occasion donnerait une cohésion d'équipe.

Cela dit, nous sommes dans un service d'urgences, ce qui suppose une prise en charge brève, de courte durée. De ce fait, nous pouvons nous demander quelle place pourrait avoir une éducation thérapeutique dans un tel service aux passages brefs ? D'autant plus, que nous ne disposons à ce jour que de très peu de retours d'expériences d'Education Thérapeutique du Patient (ETP) dans un service d'urgences si ce n'est un rapport publié dans le magazine *Asthme Actualité thérapeutiques*<sup>4</sup>: «[...] l'hôpital de Cook Country à Chicago mené par J.J Shannoon a confirmé l'intérêt de délivrer une éducation thérapeutique sur l'asthme dès le passage aux urgences ». Mais, nous restons convaincus de l'importance, de la nécessité et de la faisabilité d'une ETP brève, ponctuelle dans un service d'urgences. C'est pourquoi, pour qu'un tel projet puisse se mettre en place, faut-il être conscient et prendre en considération certains facteurs dits limitants et facilitants.

### **3. Facteurs limitants**

Les facteurs limitants se distinguent essentiellement de part la spécificité d'un service d'urgences.

L'opinion commune entend par le mot « urgence », agir le plus rapidement possible, en un temps T.

Lorsqu'un enfant arrive aux Urgences Pédiatriques (UP) pour crise d'asthme, il est installé en priorité dans une salle d'examen, où le 1<sup>ier</sup> aérosol sera administré après une auscultation initiale. Cet enfant restera dans cette salle au minimum 30 min (auscultation+ aérosol+ conduite à tenir+ retour à domicile, avec ordonnances de sortie ainsi qu'un plan d'action en cas de crise d'asthme) ou au maximum 1h30 (auscultation +3 aérosols dont 10 min d'attente entre deux aérosols + conduite à tenir + soit un retour à domicile - avec ordonnances de sortie ainsi qu'un plan d'action en cas de crise d'asthme – soit une hospitalisation).

Or, de par notre expérience professionnelle, nous nous sommes rendu compte qu'à la limite temporelle s'ajoute la limite spatiale dépendante sans doute d'une limite environnementale.

En effet, lorsqu'un enfant se trouve dans une salle d'examen dans laquelle il bénéficie d'un aérosol, bien souvent un agent entre dans la salle pour venir prendre du matériel ou bien pour se rendre compte visuellement si la salle d'examen est occupée par un patient. Autant d'éléments perturbateurs qui peuvent mettre en péril ou du moins fragiliser une tentative

---

<sup>4</sup> Xavier Blan. *Asthme : Actualités Thérapeutiques*. « L'éducation thérapeutique dans l'asthme », édition Elsevier Masson 2010, page 15S64 et 15S65

d'évaluation et d'éducation à l'acquisition d'un geste, notamment la manipulation de la chambre d'inhalation.

La limite environnementale ne s'arrête pas seulement aux allers et venues des soignants, mais aussi à la charge de travail existante à ce moment là. En effet, bien souvent la charge de travail s'intensifiant, le soignant doit faire face au stress du patient et ou à celui des accompagnants, au stress latent dont l'origine peut être l'impatience des gens à attendre leurs tours ou bien des résultats sanguins, mais également au manque de disponibilité d'une salle d'examen (seulement 4 salles d'examens). Mais le soignant doit faire face également à son propre stress, celui d'administrer des soins biopsychosociaux de qualités en un temps adéquat. Même si les facteurs limitants tels que les limites temporelles, spatiales et environnementales demeurent, il ne va pas sans dire que des facteurs facilitants existent.

#### **4. Facteurs facilitants**

L'un des premiers facteurs facilitants la mise en place d'un projet éducatif est la présence d'un réseau humain. Ce réseau humain se compose de deux agents des urgences pédiatriques formés à l'éducation thérapeutique du soignant par l'IPCEM (Institut de Perfectionnement en Communication et Education Médicale). Qui plus est, au cours de ces dernières années, le cadre de service ainsi que le chef de service Pneumo Pédiatre Réanimateur ont suivi également cette formation au sein de l'IPCEM.

Ainsi grâce à une formation commune, le dialogue se fait plus aisément et de façon plus compréhensible.

Aussi est-il nécessaire de préciser que le chef de service, très impliqué dans l'éducation thérapeutique du patient asthmatique, fait partie des membres fondateurs de l'atelier du souffle crée en 2010 au sein du service de pédiatrie du CH PAU, et souhaite une meilleure prise en charge des dyspnées aux UP.

Un « classeur asthme » contenant la physiopathologie de l'asthme, les différents traitements et leur mode d'administration, ainsi que le plan d'action, crée par les deux IDE du service de pédiatrie formées par l'IPCEM a été mis à la disposition de l'équipe médicale et para médicale. Ce classeur permet d'avoir une ligne de conduite commune et aide l'ensemble de l'équipe soignante à prendre en charge un enfant asthmatique aux Urgences Pédiatriques.

Le second facteur facilitant est l'existence depuis un an de l'atelier du souffle au sein du service de Pédiatrie (comprenant 2 Infirmières formées à l'ETP par l'IPCEM). Ainsi, ce réseau pédagogique pourra éventuellement répondre à nos questions. Nous savons également que ce réseau sera présent si jamais l'enfant pris en charge aux UP est hospitalisé à l'issue des 3 aérosols. Ce qui nous permettra « d'aiguiller » les parents, les enfants, s'ils le désirent vers une éventuelle prise en charge éducative sur du long terme.

Le troisième facteur facilitant est notre propre motivation mais aussi le désir qu'a l'équipe des Urgences Pédiatriques à être en possession d'un document leur permettant de mener à bien une éducation thérapeutique ponctuelle en un discours univoque.

Le quatrième facteur est la charge de travail. Cependant si la charge de travail peut être un facteur limitant, elle peut aussi être un facteur facilitant. Car si un enfant est admis

pour dyspnée alors que la charge de travail est peu intense, le soignant sera plus à même de mener une séance ponctuelle d'éducation.

En s'appuyant sur les chiffres de 2011 concernant le nombre de passages pour dyspnée (610 passages pour 2011), nous constatons la nécessité:

- Evaluer le patient et/ou ses proches par rapport à la pathologie (connaissance de la maladie, administration des traitements, manipulation du matériel).
- Eduquer le patient et/ ou son entourage pour une prise en charge de l'asthme.

C'est en considérant les facteurs limitants et facilitants, que la création d'un outil pédagogique adéquat dans un service d'urgences peut devenir un projet concret.

### **III/ Mise en place du projet**

#### **1. Présentation du lieu d'intervention**

En tenant compte des exigences organisationnelles du service, l'éducation thérapeutique se déroule dans une des salles d'examen, à l'issue de la prise en charge de l'enfant.

Le soignant peut s'asseoir auprès de l'enfant et des parents, leur montrant sa disponibilité, son écoute et son estime.

#### **2. Population ciblée**

L'utilisation d'une chambre d'inhalation s'adresse aux enfants de 0 à 5 ans.<sup>5</sup>

Au cours de son développement, l'enfant acquiert petit à petit de nouvelles capacités psycho-cognitivo-motrices : il acquiert de nouvelles postures, même si ses gestes peuvent être maladroits l'intention et l'envie de faire est présente d'autant plus qu'à l'âge de trois ans l'enfant « veut montrer qu'il sait faire » comme l'adulte.<sup>6</sup>

Exploiter le domaine psycho-cognitivo-moteur chez l'enfant, peut l'amener à apprendre de nouvelles connaissances, de nouvelles gestuelles sur la pathologie.

L'enfant devient alors « acteur » de sa maladie.

En tenant compte de ces données, nous choisissons une population de parents ayant des enfants âgés de 0 à 5 ans pour mener à bien une éducation thérapeutique.

---

<sup>5</sup> Laboratoire GlaxoWellcome « *BabyHALER, Pour une prise en charge simple et adaptée* »

<sup>6</sup> Louis Kremp « *Puériculture et Pédiatrie* », 4<sup>e</sup> édition, édition Lamarre septembre 2000, p 153-159.

Les enfants participant à cette étude éducative présentent une maladie respiratoire obstructive nécessitant l'administration d'un traitement via une chambre d'inhalation.

Il s'adresse autant à des enfants et des parents pour qui une première mise en place du traitement est faite, qu'à ceux ayant déjà des connaissances de la chambre d'inhalation.

L'éducation thérapeutique s'adresse donc à des enfants retournant au domicile suite à une prise en charge aux urgences pédiatriques. L'enfant nécessitant une hospitalisation bénéficiera d'un traitement par nébulisation et l'éducation à la chambre d'inhalation sera assurée par l'équipe soignante de pédiatrie (dont deux agents formés par l'IPCCEM à l'éducation thérapeutique du patient asthmatique).

### **3. Projet d'outils**

Suite à notre constat réalisé au sein des urgences pédiatriques (inexistence d'outil d'éducation sur l'asthme, consultations répétitives pour causes de difficultés d'utilisation de la chambre d'inhalation...), à la demande de l'équipe soignante, nous avons décidé de créer deux outils pour réaliser une éducation thérapeutique du patient.

Le premier outil sera un livret d'acquisition de compétences d'auto soins (Annexe n°10) remis et expliqué aux parents et à l'enfant (livret éducatif avec des dessins et des photos, accessible par l'enfant et/ ou par les parents ne comprenant pas ou peu la langue française).

Ce livret aura pour objectif : que le parent administre de façon efficace les traitements de l'asthme à son enfant favorisant ainsi une future autonomisation de l'enfant face à la chronicité de sa pathologie.

Le second outil sera une grille d'évaluation pédagogique des parents (Annexe n°9), nous permettant de mesurer les compétences acquises et l'atteinte ou pas de l'objectif initial.

### **4. Description des mises en pratiques**

En tenant compte des données temporo-spatiales, une trame écrite sur le déroulement de la séance a été créée pour mener à bien l'objectif initial.

La séance se déroulera en individuel (parents et enfant) dans une des salles d'examen, une fois que l'enfant aura reçu l'ensemble de ses traitements et que le médecin aura remis les prescriptions aux parents. Précisons également que cette éducation ne se fera qu'après l'adhésion des parents à la séance d'éducation.

## **Trame de la démarche pédagogique :**

**Public :** parents et leur enfant.

**Durée de la séance :** 25 min.

**Intervenant :** Infirmière diplômée d'Etat (IDE) / Infirmière Puéricultrice diplômée d'Etat (IPDE).

**Compétences visées :** les compétences visées sont des compétences d'auto soins à savoir :

- Comprendre, expliquer
- Faire, pratiquer
- Adapter, réajuster

**Objectif :** que le parent administre de façon efficace les traitements de l'asthme à son enfant.

**Technique pédagogique employée :** apprentissage d'un geste.

**Evaluation pédagogique du programme de la séance éducative:** évaluation formative (informer le patient sur ses apprentissages et réajuster l'éducation si besoin) qui se fera à la fin de la technique pédagogique, par le biais d'une échelle d'évaluation du geste de la manipulation de la chambre d'inhalation.

La description du déroulement de la séance est la suivante:

Avant la mise en place de l'ETP, nous nous assurons de l'adhésion des parents à ce projet éducatif lors de la prise en charge thérapeutique de leur enfant.

La séance pourra se dérouler de deux façons :

- Soit une démonstration « en deux temps » : l'intervenant montre le geste (la technique, par étapes ou bien dans sa totalité) puis le parent fait le geste.
- Soit une démonstration « en parallèle » : le parent et l'intervenant ayant chacun une chambre d'inhalation réalisent les gestes simultanément.

## **Descriptif du soin : (15 min)**

- L'IDE/IPDE s'assoie à la même hauteur, à côté du parent et de l'enfant pour réaliser la démonstration du geste.
- Rappeler aux parents le mouchage correct avant toute administration d'un traitement inhalateur.
- Vérifier la date de péremption du traitement inhalateur (spray).
- Commencer par l'administration du broncho-dilatateur spray bleu (Ventoline).
- Attendre 10/15 min avant l'administration du corticoïde spray rouge (Bécotide).
- Retirer le capuchon.
- Agiter le spray, puis l'insérer dans l'orifice de la chambre d'inhalation.
- Si première utilisation de la chambre d'inhalation ou bien après lavage du système, saturer la chambre de 5 bouffées de chaque traitement.
- Installer l'enfant en position assise ou demi assise pour une optimisation de l'efficacité thérapeutique.

- Placer le masque facial sur le nez et la bouche de l'enfant doucement mais fermement.
- Appuyer une fois avec le pouce sur le spray.
- Garder cette position pendant que l'enfant respire 10 fois (se repérer aux mouvements des valves bleues du système).
- Renouveler l'opération en fonction du nombre de bouffées nécessaires et des traitements à administrer.
- Bien rincer la bouche après l'administration du corticoïde (biberon ou rinçage des dents) pour éviter tout risque de mycose.
- Ranger la chambre d'inhalation et le traitement hors de la portée de l'enfant.
- Entretien de la chambre par un lavage hebdomadaire : faire tremper les différentes parties de la chambre dans un bain d'eau tiède avec quelques gouttes de liquide vaisselle pendant 15 min, rincer le masque et laisser sécher à l'air libre, reconstituer la chambre d'inhalation une fois sèche.

### **Evaluation de l'utilisation de la chambre : (5 min)**

Suite à l'éducation du geste, l'intervenant réalise une évaluation formative d'acquisition du soin (acquis, partiellement acquis, non acquis) sur les critères suivants :

- Montage de la chambre d'inhalation.
- Vérifier la date de péremption.
- Agiter le spray.
- Position de l'enfant.
- Application hermétique du masque.
- Administration du médicament ainsi que le nombre de bouffées et le contrôle des mouvements des valves.
- L'ordre d'administration des médicaments.

### **Réajustement du geste : (5 min)**

- Réajustement éventuel.
- Remise d'un livret d'acquisition de compétences d'auto-soin.

### **Synthèse de satisfaction orale:**

- « Que pensez-vous de cette démarche éducative réalisée auprès de votre enfant et vous-même ? »

## IV/ Résultats

Suite à l'élaboration des deux outils (un livret d'acquisition de compétences d'auto soins sur l'utilisation de la chambre d'inhalation et une grille d'évaluation pédagogique des parents), nous avons ciblé une population d'enfants âgés de 6 mois à 5 ans (présentant une maladie respiratoire obstructive nécessitant l'administration d'un traitement par chambre d'inhalation) ainsi que leur propres parents.

Nous avons ainsi réalisé une séance d'éducation thérapeutique individuelle.

La population ciblée se divise en deux groupes, à savoir :

- Les enfants et les parents pour qui une première mise en place du traitement est réalisée aux urgences pédiatriques.
  - ✓ **Léa 6 mois** : 4ème épisode de dyspnée durant les deux derniers mois, adressée par son pédiatre pour l'administration du traitement par nébulisation, accompagnée par ses parents.
  - ✓ **Mattéo 10 mois** : 1<sup>er</sup> épisode de dyspnée, adressée par son médecin traitant. Papa est asthmatique. Il est accompagné par sa maman.
  - ✓ **Fabio 1 an et demi** : amené par ses parents pour dyspnée récurrente depuis 3 mois. Parents Espagnols, aucune compréhension du français.
  - ✓ **Fanny 2 ans** : adressée par son pédiatre pour dyspnée présentant à son arrivée un tirage intercostal, un balancement thoraco-abdominal et une saturation en O<sub>2</sub> à 91%. Elle sera hospitalisée en Zone de Surveillance de Très Courte Durée pendant 4 heures. Elle est accompagnée par ses parents.
  
- Les enfants et les parents utilisant déjà une chambre d'inhalation.
  - ✓ **Jade 8 mois** : prescription des traitements inhalés via une chambre d'inhalation réalisée il y a deux mois par son pédiatre, information concernant l'utilisation donnée par ce dernier.
  - ✓ **Timothy 2 ans** : gens du voyage, traitements prescrits par son médecin traitant. Utilisation de la chambre d'inhalation depuis un an. Nombreuses consultations aux urgences pédiatriques (consulte lors de chaque crise malgré l'administration des traitements). Accompagné par sa mère et sa grand-mère.

- ✓ **Bilal 3 ans** : asthme diagnostiqué et suivi par son médecin traitant. Accompagné par ses parents.
- ✓ **Tom 4 ans** : traitements prescrits par son pédiatre, information concernant l'utilisation de la chambre d'inhalation réalisée par le pharmacien il y a 2 ans.
- ✓ **Manon 5 ans** : prescriptions des traitements inhalés et du traitement de fond réalisées par son pédiatre. Utilisation de la chambre d'inhalation depuis l'âge de 2 ans.

Nous avons donc réalisé une séance d'éducation thérapeutique à la première mise en place du traitement auprès de chaque parents et enfants une fois que le médecin des urgences pédiatriques ait remis les ordonnances de sortie ainsi que le plan d'action en cas de crise d'asthme.

Les parents de Léa, Mattéo et Fanny ont choisi chacun une démonstration en « deux temps » et par étapes.

Concernant les parents de Fabio, nous avons sollicité l'aide d'une collègue puéricultrice parlant couramment espagnol pour nous servir de traducteur. Nous avons réalisé une démonstration en parallèle après avoir emprunté une deuxième chambre d'inhalation au service de pédiatrie.

Aussi avons-nous sollicité l'aide de l'interne des urgences parlant anglais pour réaliser la séance d'éducation thérapeutique auprès des parents de Maximus avec également une démonstration en parallèle.

Après la démonstration, l'évaluation formative d'acquisition du soin nous a permis de mettre en avant les critères acquis, partiellement acquis et non acquis.

Pour l'ensemble des parents, le montage de la chambre d'inhalation, la position de l'enfant et l'application hermétique du masque sont acquis.

L'agitation du spray, l'ordre d'administration des traitements et le contrôle du mouvements des valves sont partiellement acquis pour deux parents sur cinq (les parents de Fanny et Mattéo). Pour les autres parents, ils ont soit acquis soit non acquis.

Pour les trois autres parents, les critères non acquis sont différents d'un parent à l'autre. Pour les parents de Fabio et Maximus le contrôle du mouvement des valves et l'ordre d'administration des médicaments ne sont pas acquis. Pour les parents de Léa, l'agitation du spray et la vérification de la date de péremption ne sont pas acquis.

Nous avons réalisé un réajustement sur chacun des critères partiellement acquis et non acquis auprès de chaque parent. Puis le livret d'acquisition de compétences d'auto soins leur a été remis.

Lors de la synthèse de la satisfaction orale, l'ensemble des parents a verbalisé leur satisfaction par rapport à cette démarche éducative individuelle. L'apprentissage du geste leur a permis de diminuer leur stress par rapport à l'administration des traitements auprès de leur enfant. La notion de valorisation est ressortie lors cette évaluation car les parents se sont sentis acteur dans la prise en charge de la maladie de leur enfant, respectés, non jugés et plus confiants en leur capacité à gérer la pathologie de leur enfant.

Ils ont également apprécié la création du livret d'acquisition d'auto soins qui leur a été remis.

Les parents manifestent leur satisfaction d'avoir un support clair sur lequel ils

pourront s'appuyer pour montrer à des tierces personnes (conjoint, grands-parents, nounous) comment utiliser la chambre d'inhalation.

Précisons que la description des gestes traduite en espagnol et en anglais a son utilité et a été vivement appréciée par les parents de Maximus et Fabio.

Une démonstration en parallèle a été utilisée lors de la séance d'éducation thérapeutique auprès des enfants utilisant déjà une chambre d'inhalation.

Pour Timothy, la séance s'est déroulée auprès de sa maman et de sa grand-mère, car cette dernière a une place prépondérante au sein de la famille (au sens large c'est - à - dire tous les membre du groupe) et qui est une personne ressource pour l'équipe soignante.

Lors de cette démonstration, 2 parents sur 5 ont souligné le fait qu'ils n'avaient pas été informés sur le délai d'attente de 10/15 minutes avant d'administrer le corticoïde (« spray rouge ») après l'administration du bronchodilatateur (« spray bleu »).

L'ensemble des parents n'était pas informé de la nécessité d'entretenir la chambre d'inhalation par un lavage hebdomadaire ainsi que de l'importance de saturer la chambre d'inhalation de 5 bouffées de chaque produit après nettoyage ou lors d'une première utilisation du système.

Ils n'étaient pas informés que la bonne position de l'enfant lors de l'administration du/des traitement(s) était primordiale pour une meilleure efficacité thérapeutique.

L'évaluation formative nous a permis de constater que :

- Pour les 5 parents, le montage de la chambre d'inhalation, le bon positionnement de l'enfant et l'application du masque sont acquis.
- Pour 2 parents sur 5 (parents de Manon et famille de Bilal), l'administration du médicament et le contrôle du mouvement des valves sont acquis ;
- Pour les parents de Tom, Jade et Timothy, ils sont partiellement acquis.
- Pour l'ensemble des parents la vérification de la date de péremption du médicament est non acquise.
- Pour les parents de Bilal et la famille de Timothy, la nécessité d'agiter le spray avant l'utilisation n'est pas acquise.

Les parents de Manon, Jade et Tom ont acquis le geste.

La synthèse de satisfaction orale a permis la verbalisation du vécu des parents notamment sur la différence entre la pratique quotidienne et la démonstration effectuée lors de la séance. Aussi ont-ils manifesté pour certains, le manque d'information concernant l'entretien de la chambre d'inhalation.

Les parents sont satisfaits de cette démarche éducative, se sentant plus en sécurité car mieux informés.

Les notions de valorisation et de respect sont ressorties : à aucun moment les parents ne sont sentis jugés par le soignant ou bien culpabilisés lorsque leur pratique différée de celle de l'infirmière.

Le livret d'acquisition d'auto soins a eu un accueil favorable. La famille de Timothy a pris le livret mais la grand-mère a bien expliqué que pour l'ensemble de sa famille (le groupe), la démonstration et les explications orales sont plus importantes que l'écrit. De part leur culture, l'oral prend le dessus sur l'écrit parfois insignifiant pour eux. Cela dit, la jeune génération de gens de voyage pour quelques uns d'entre eux bénéficiant d'une scolarisation, peut être une ressource pour la lecture de ce livret. Qui plus est, la présence des dessins peut aussi guider les personnes ne sachant pas lire.

A l'issue de cette étude, il apparaît que la séance d'éducation thérapeutique a reçu un accueil favorable auprès des parents ainsi que de leurs enfants pour qui elle a été réalisée.

## **Conclusion**

De l'analyse de la situation en passant par l'émergence d'un besoin d'équipe mais aussi parental (ainsi que des enfants) et de part notre motivation, ce travail au sein des urgences pédiatriques a permis d'instaurer une offre d'éducation thérapeutique.

Se présentant sous forme d'un livret d'auto soin accompagné d'explications verbales ainsi que d'une évaluation pédagogique finale, cette offre a pour intention d'améliorer la prise en charge de l'enfant asthmatique afin d'éviter une hospitalisation et assurer une meilleure qualité de vie.

Même si l'éducation et la prévention sont deux critères difficiles à mener, ils n'en restent pas moins indispensables pour améliorer, maintenir une qualité de vie de l'enfant asthmatique afin de lui donner les moyens de vivre normalement.

# **Annexe 3**

Circulaire n° DHOS/F1/MTAA/2006/376 du 31 août  
2006



Ministère de la Santé et des Solidarités

**Direction de l'hospitalisation  
et de l'organisation des soins**

Sous-direction des affaires financières  
Bureau des études et synthèses financières  
relatives aux activités de soins - F1 -  
Personne chargée du dossier :  
Docteur Joëlle Dubois  
joelle.dubois@sante.gouv.fr  
tel : 01 40 56 58 44

Mission Tarification à l'Activité  
Personne chargée du dossier  
Docteur Michèle Brami  
michele.brami@sante.gouv.fr  
tel : 01 40 56 45 36

Le ministre de la santé et des solidarités

à

Mesdames et Messieurs les directeurs  
des agences régionales de l'hospitalisation  
Pour attribution et transmission aux établissements

Mesdames et Messieurs les directeurs  
des établissements de santé  
Pour information et mise en oeuvre

CIRCULAIRE N°DHOS/F1/MTAA/2006/376 du 31 août 2006 relative aux conditions de facturation d'un GHS pour les prises en charge hospitalières en zone de surveillance de très courte durée ainsi que pour les prises en charge de moins d'une journée.

Date d'application : immédiate

NOR : SANH0630390C (texte non paru au journal officiel)

Classement thématique : Etablissements de santé

**Résumé :**

- La facturation d'un GHS pour la prise en charge d'un patient en zone de surveillance de très courte durée répond à des critères précis relatifs à l'état de santé du patient.
- Toute prise en charge de patient qui peut habituellement être réalisée en médecine de ville ou dans le cadre des consultations ou actes externes des établissements de santé ne doit pas donner lieu à facturation d'un GHS.

**Mots-clés :** GHS – facturation – ZSTCD - activité externe – hospitalisation à temps partiel -

**Textes de référence :**

- code de la sécurité sociale, notamment les articles L.162-22-6 et R.162-32 ;
- arrêté du 5 mars 2006 relatif à la classification et à la prise en charge des prestations d'hospitalisation pour les activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie et pris en application de l'article L162-22-6 du code de la sécurité sociale ;

- arrêté du 31 décembre 2003 modifié relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale des établissements de santé publics ou privés ayant une activité en médecine, chirurgie ou obstétrique et à la transmission d'informations issues de ce traitement, dans les conditions définies à l'article L8113-6 du code de la santé publique.

Textes abrogés ou modifiés : néant

Annexes :

Un nouvel arrêté relatif à la classification et à la prise en charge des prestations d'hospitalisation pour les activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie a été publié en date du 5 mars 2006, remplaçant ainsi l'arrêté du 31 janvier 2005, de même objet.

L'article 5 de cet arrêté relatif aux modalités de facturation des forfaits et suppléments dans les établissements de santé apporte les éléments nouveaux suivants :

- A l'alinéa (3<sup>e</sup>) relatif aux modalités de facturation des prises en charge en zone de surveillance de très courte durée, sont précisées les conditions de facturation d'un GHS;
- un nouvel alinéa (10<sup>e</sup>) est inséré. Il précise les conditions à respecter pour qu'une prise en charge d'hospitalisation (hors hospitalisation en zone de surveillance de très courte durée) puisse donner lieu à facturation d'un GHS. Il est constaté en effet que les prises en charge de moins d'une journée sont en général sans ambiguïté en termes de facturation lorsqu'elles correspondent à une simple consultation, ou qu'à l'inverse elles s'étalent sur la journée entière ou bien encore nécessitent une anesthésie, autorisant dans ces deux derniers cas, la facturation d'un GHS. Certaines prises en charge de moins d'une journée sont cependant intermédiaires entre ces cas de figure et donnent alors lieu, d'un établissement à l'autre, à des comportements différents en termes de facturation.

L'objet de la présente circulaire est d'unifier ces comportements, et d'apporter des précisions d'ordre technique sur les nouvelles dispositions de l'arrêté (art 5, 10<sup>e</sup>) en illustrant notamment les cas qui ne doivent pas donner lieu à facturation d'un GHS. Un rappel préalable est fait concernant les conditions de facturation d'un GHS lors d'un passage dans une zone de surveillance de très courte durée (art 5, 3<sup>e</sup>).

Il s'agit dans tous les cas de rappeler aux établissements publics et privés les critères qui seront retenus pour juger du bien-fondé de leur facturation à l'occasion des contrôles qui leur seront appliqués, conformément à l'article L162-22-18 du Code de la Sécurité Sociale notamment.

#### I. Précisions concernant les conditions de facturation d'un GHS lors d'un passage dans une zone de surveillance de très courte durée

L'arrêté précise que lorsque le patient est pris en charge dans une zone de surveillance de très courte durée (ZSTCD) à l'issue de son passage au service des urgences de l'établissement, un GHS ne peut être facturé que si son état de santé présente les caractéristiques suivantes :

- *un caractère instable, ou que le diagnostic reste incertain,*
- *nécessite une surveillance médicale et un environnement paramédical qui ne peuvent être délivrés que dans le cadre d'une hospitalisation,*
- *nécessite la réalisation d'examen complémentaires ou d'actes thérapeutiques.*

Commentaires :

- L'association des trois caractéristiques est nécessaire pour qu'un GHS puisse être facturé.
- Il est possible de citer les exemples suivants :
  - Tentative de suicide médicamenteux
  - Asthme sévère
  - Douleurs abdominales aiguës n'ayant pas fait la preuve de leur origine
  - Traumatisme crânien

#### o Diarrhée aiguë du nourrisson

En revanche, ne relèvent pas de la ZSTCD les cas où les symptômes observés au service des urgences imposent de réaliser d'emblée quelques examens complémentaires diagnostiques, sans que l'état du patient ne nécessite une surveillance en hospitalisation. Ces cas de prise en charge au sein du service des urgences donnent lieu à facturation d'un ATU ainsi que des actes et consultations réalisés, mais pas à facturation d'un GHS.

- Pour les prises en charge en ZSTCD, le GHS facturé doit être issu d'un GHM de la CM24, même si la durée de séjour est égale ou supérieure à 2 jours.
- Enfin, en cas d'hospitalisation dans une unité de médecine, chirurgie ou obstétrique de l'établissement à l'issue du passage en ZSTCD, les règles générales de production des RSS s'appliquent : il s'agit d'un même séjour hospitalier, avec passage dans plusieurs unités médicales. Un RSS unique doit être produit, et un seul GHS facturé.

## II. Précisions concernant les conditions de facturation d'un GHS lors d'une prise en charge hospitalière de moins d'une journée (avec date de sortie identique à la date d'entrée) hors zone de surveillance de très courte durée

### II.1. Principe général de facturation de ces prises en charge

Ne doit pas donner lieu à facturation d'un GHS, toute prise en charge qui peut habituellement être réalisée soit en médecine de ville s'agissant du secteur libéral, soit dans le cadre des consultations ou actes externes s'agissant des établissements de santé. Par commodité de langage, on qualifiera ces prises en charge d'activité "externe" dans la suite du texte.

Le cas "habituel" fait référence à la pratique communément admise par les professionnels de santé comme étant compatible avec un niveau de sécurité et de confort satisfaisant pour le patient (exemple: réalisation "en externe" d'une hyperglycémie provoquée par voie orale, ou d'une ablation de nævus sous anesthésie locale).

Ce principe doit toutefois être nuancé au regard de la nécessité de mettre à disposition du patient les moyens adaptés à son état de santé : dans certains cas, une prise en charge habituellement réalisée "en externe" peut ainsi justifier une hospitalisation de moins d'une journée.

Dans tous les cas, il convient de respecter l'esprit de ce principe dont la finalité est de ne pas facturer indûment des GHS à l'assurance maladie, pour des prises en charge qui relèvent de l'activité "externe", et donc d'une facturation à l'acte selon les règles de la CCAM ou de la NGAP.

Le directeur d'établissement pourra ainsi faire référence à ce principe. Il convient en effet de rappeler que le médecin responsable du département d'information médicale (DIM) ne produit des RSS (et par suite, des GHM, et GHS) que pour des patients qui ont un statut d'hospitalisé. L'élément déclencheur de la facturation d'un GHS est donc l'admission en hospitalisation, qui ne relève pas de la décision du médecin responsable du DIM, mais de la décision du médecin clinicien et de la responsabilité du directeur.

### II.2. Conditions autorisant la facturation d'un GHS pour une prise en charge hospitalière de moins d'une journée

#### II.2.1. Rappel et commentaires liminaires

L'alinéa relatif aux prises en charge hospitalières de moins d'une journée (Art 5, 10<sup>e</sup>) énonce qu' "un GHS ne peut être facturé que dans les cas où sont réalisés des actes qui nécessitent :

- une admission dans une structure d'hospitalisation individualisée mentionnée à l'article D6124-301 du code de la santé publique disposant de moyens en locaux, en matériel et en personnel, et notamment des équipements adaptés pour répondre aux risques potentiels des actes réalisés;
- un environnement respectant les conditions de fonctionnement relatives à la pratique de l'anesthésie ou la prise en charge par une équipe paramédicale et médicale dont la coordination est assurée par un médecin;
- l'utilisation d'un lit ou d'une place pour une durée nécessaire à la réalisation de l'acte ou justifiée par l'état de santé du patient."

Commentaires :

- Les trois conditions décrites doivent être remplies pour qu'un GHS puisse être facturé.
- La notion d'actes réalisés renvoie ici à des actes aussi bien diagnostiques (investigations) que thérapeutiques (traitements).
- L'admission doit avoir lieu dans une structure d'hospitalisation individualisée respectant les normes de fonctionnement relatives à l'hospitalisation à temps partiel.

Toutefois, afin d'obtenir le respect de ces normes de la part des établissements, sans pour autant les amener à freiner ou désinciter la pratique de l'activité ambulatoire, les sanctions éventuelles qui résulteraient d'un contrôle objectivant cette pratique en dehors d'une structure individualisée conforme à l'article D 6124 - 301 seront examinées de manière circonstanciée.

Sont ici visées des prises en charge s'étalant sur moins d'une journée, parce que prévues comme telles dès l'admission. Cette situation doit être distinguée des hospitalisations de moins d'une journée résultant d'une hospitalisation écourtée pour des raisons diverses : transfert du patient, sortie contre avis médical..., qui donnent, elles, légitimement lieu à facturation d'un GHS.

Deux grands types de prise en charge de moins d'une journée sont évoqués :

- Les prises en charge qui, pour des raisons de sécurité liées à la pratique d'actes, nécessitent un environnement technique particulier (*"respectant les conditions de fonctionnement relatives à la pratique de l'anesthésie"*).
- Les prises en charge justifiant le recours à une équipe paramédicale et médicale dont la coordination est assurée par un médecin". Ces prises en charge qui ne nécessitent pas d'environnement technique particulier seront appelées prises en charge "médicales" dans la suite du texte.

Les points suivants précisent les conditions autorisant la facturation d'un GHS pour chacun de ces types de prise en charge.

Pour mémoire, il convient de rappeler que la facturation d'un GHS repose sur la production d'un résumé de séjour (RSS), mais que certains RSS conduisent à un GHS de montant égal à zéro (chirurgie esthétique par exemple).

## **II.2.2. Conditions autorisant la facturation d'un GHS pour des prises en charge nécessitant un environnement particulier**

### **II.2.2.1. Tous les actes qui, au sens de la CCAM, acceptent un code activité 4, peuvent, lorsqu'ils sont réalisés en hospitalisation, donner lieu à facturation d'un GHS.**

Sont ainsi concernés :

- les actes de chirurgie ambulatoire, requérant une anesthésie générale ou loco-régionale, ce qui répond à la définition de l'activité 4 dans la CCAM, l'anesthésie locale n'étant pas concernée.
- les gestes d'anesthésie générale ou loco-régionale complémentaires d'un acte diagnostique ou thérapeutique habituellement réalisé sans anesthésie (terrain particulier : enfant, sujet à risque ...)
- les actes qui, sans requérir une telle anesthésie, nécessitent néanmoins la proximité d'un anesthésiste, ou encore un milieu stérile.... Il convient de citer, par exemple, les coronarographies.

**Remarque :** les actes de la CCAM qui acceptent un code activité 4 sont des actes qui, le plus souvent (80% des cas au moins), sont réalisés avec une anesthésie générale ou loco-régionale. A l'inverse, les actes de la CCAM qui n'acceptent pas l'activité 4, sont réalisés le plus souvent sans anesthésie générale ou loco-régionale. Dans certains cas cependant, une telle anesthésie peut s'avérer nécessaire (exemple : acte diagnostique réalisé chez un jeune enfant). La prise en charge en hospitalisation est alors justifiée, et un résumé de séjour sera réalisé. L'acte réalisé (sans activité 4) est alors porté sur le résumé, ainsi que le geste d'anesthésie complémentaire (chapitre 18 de la CCAM) acceptant, lui, l'activité 4.

**II.2.2.2. Certains actes qui, pour des raisons de sécurité des soins compte tenu de leur nature, doivent être réalisés dans un environnement de type bloc opératoire (secteur opératoire), en milieu hospitalier, pourront donner lieu à facturation d'un GHS, dès lors qu'ils feront l'objet d'une procédure réglementaire applicable.**

### II.2.3. Conditions autorisant la facturation d'un GHS pour des prises en charge de type médical

Ce sont ces prises en charge, de type médical, qui concentrent les difficultés observées en pratique pour fixer la frontière entre prise en charge relevant de l'hospitalisation et prise en charge relevant de l'activité externe.

La production d'une liste exhaustive des situations cliniques autorisant la facturation d'un GHS se révélant ici impossible, **c'est le respect du principe général qui doit guider dans tous les cas la qualification (hospitalière ou externe) de la prise en charge.**

Il est néanmoins possible de compléter ce principe en signalant les cas suivants qui peuvent donner lieu à la facturation d'un GHS :

#### o bilans diagnostiques ou thérapeutiques

Un GHS ne peut être facturé que si la prise en charge comporte plusieurs examens (à l'exclusion des examens uniquement biologiques) réalisés par des professionnels de santé médicaux et paramédicaux différents, sur des plateaux techniques hospitaliers et qu'une synthèse diagnostique ou thérapeutique au moins provisoire en est réalisée par un médecin.

Si l'une de ces conditions n'est pas respectée, chaque acte diagnostique ou thérapeutique doit être facturé selon la nomenclature d'actes en vigueur, et dans le respect des règles de facturation de cette activité (honoraires médicaux en médecine de ville, actes externes dans les établissements antérieurement sous dotation globale).

**Dans ce contexte, les RSS des séjours de moins d'une journée doivent comporter la totalité des actes réalisés, dès lors qu'ils sont "codables" avec la CCAM, y compris lorsque ceux-ci ne sont pas des actes classants au sens de la classification des GHM.**

Quelques exemples peuvent être cités :

- bilan diagnostique d'une image pulmonaire anormale associant fibroscopie bronchique, imagerie, actes de biologie et consultation de synthèse;
- bilan réalisé chez un diabétique, nécessitant le recours à un ophtalmologiste, angiologue, diététicien, avec explorations vasculaires, examens biologiques et synthèse médicale ;
- bilan d'extension d'une tumeur maligne, comportant des explorations d'imagerie et de scintigraphie avec consultation de synthèse;
- bilan gériatrique incluant une consultation mémoire, un bilan social effectué par une assistante sociale, des examens complémentaires avec notamment des tests neuropsychologiques, une synthèse effectuée par un médecin gériatre.

#### o Surveillances médicales prolongées

Un GHS ne peut être facturé qu'en cas de surveillance médicale prolongée à la suite d'un acte diagnostique ou thérapeutique qui ne requiert pas une telle surveillance chez un patient habituel. Il s'agit donc d'une surveillance prolongée en raison par exemple du terrain à risque du patient.

Les actes qui requièrent **dans tous les cas** une surveillance médicale prolongée ne justifient pas la facturation d'un GHS, le tarif de l'acte réalisé en externe intégrant la rémunération de la surveillance (voir aussi point II.3).

La durée, normale ou prolongée, d'un acte s'entend donc par référence à la durée moyenne de l'acte réalisé chez un patient habituel.

**Bien entendu, la facturation d'un GHS pour ces différents cas de figure fera l'objet de contrôles externes prioritaires.** A cet égard, il convient de rappeler que tout séjour hospitalier doit donner lieu à la réalisation d'un dossier médical conforme à l'article R 1112.2 du Code de la Santé Publique (dossier médical détaillé)

#### o Pour mémoire

Il convient de rappeler que les "séances" au sens du PMSI et de la classification des GHM sont considérées

comme des prestations d'hospitalisation à temps partiel. À ce titre, pour ces prises en charge, une admission est réalisée, un RSS produit et un GHS facturé, conformément au guide méthodologique de production de résumés de séjour du PMSI en MCO. S'agissant de dialyse, il est rappelé que les établissements de santé ex-OQN facturent non pas un GHS, mais une prestation.

Il s'agit (au sens de la version 10 de la classification des GHM) des séances de :

- chimiothérapie
- transfusion
- dialyse (entraînement et hémodialyse)
- radiothérapie dans les établissements antérieurement sous dotation globale
- oxygénothérapie hyperbare.

Il en va de même des prestations constituées par les actes signalés au point II.2.2.2.

### **II.3. Conditions n'autorisant pas la facturation d'un GHS pour une prise en charge hospitalière de moins d'une journée**

La liste qui suit des situations n'autorisant pas la facturation d'un GHS est produite à titre indicatif. Il ne s'agit pas d'une liste exhaustive.

Ne doivent notamment pas donner lieu à facturation d'un GHS :

- les soins non programmés, délivrés au patient par la structure autorisée à exercer l'activité d'accueil et de traitement des urgences et non suivis d'une hospitalisation. En d'autres termes, une prise en charge réalisée dans les conditions autorisant la facturation d'un forfait "accueil et traitement des urgences" (ATU) ne doit pas conduire à facturer un GHS ;
- de la même manière, pour les établissements ne disposant pas d'une structure autorisée pour l'accueil et le traitement des urgences, une prise en charge réalisée dans les conditions autorisant la facturation d'un "forfait de petit matériel" (FFM) ne doit pas conduire à facturer un GHS ;
- la réalisation d'actes de biologie ou de radiologie non interventionnelle, même multiples ou réalisés sur des plateaux techniques différents ;
- les traitements ophtalmologiques ou dermatologiques utilisant un laser et réalisés sans anesthésie
- les traitements de chalazion ;
- les actes de petite chirurgie dermatologique réalisés le cas échéant sous anesthésie locale (tels que l'ablation de naevus)
- les tests d'effort cardiaques ;
- les épreuves fonctionnelles respiratoires ;
- les tests endocriniens de type :
  - Hyperglycémie provoquée par voie orale
  - Test au synacthène
- les monitorages de type "rythme cardiaque fœtal" (RCF). Ainsi, la prise en charge d'une parturiente pour enregistrement du rythme cardiaque du fœtus, non suivi d'hospitalisation, ne justifie pas de facturation d'un GHS ;
- les traitements itératifs tels que les saignées thérapeutiques pour les polyglobulies, les hémochromatoses en phase d'entretien ;
- et, de façon plus générale, les examens diagnostiques sans anesthésie, ni recours à un environnement technique particulier.

Le point commun à la plupart de ces prises en charge concerne la présence prolongée du patient sur les lieux hospitaliers, souvent au-delà du temps nécessaire à la réalisation d'une simple consultation. Néanmoins, le temps consacré aux patients ainsi que l'utilisation du ou des plateaux techniques sont pris en compte dans le tarif des actes externes (nouvellement mis à jour au travers de la CCAM s'agissant des actes techniques médicaux) et ne justifient pas la facturation de GHS. La réalisation de plusieurs actes entraîne leur facturation dans le respect des règles de facturation de l'activité externe.

Enfin, les consultations multidisciplinaires sont prises en charge au titre des missions d'intérêt général, et ne

Le Ministre de la Santé et des Solidarités

Xavier BERTRAND

# **Annexe 4**

Projet de mise en place d'une Zone de Surveillance de  
Très Courte Durée (ZSTCD) 1er Juillet 2009

**URGENCES PEDIATRIQUES**

**PROJET DE MISE EN PLACE D'UNE  
ZONE DE SURVEILLANCE DE TRES  
COURTE DUREE (ZSTCD)**

Elaboré par : Docteur T. MANSIR,  
Docteur J.J. CHOULOT,  
Madame H. MAZOU,  
Madame C. BESSONNET,  
Madame M. DEBARD.

## Projet de mise en place d'une zone de surveillance de très courte durée (ZSTCD) au sein du service d'accueil des urgences pédiatriques du Centre Hospitalier de Pau

### Textes de référence :

- arrêté du 5 mars 2006 relatif à la classification et à la prise en charge des prestations d'hospitalisation pour les activités de MCO
- circulaire N° 376 du 31 août 2006 relative aux conditions de facturation d'un GHS pour les prises en charge hospitalières en ZSTCD

### 1/ Bilan de l'existant

Le service des urgences pédiatriques du CH de Pau est rattaché au service de pédiatrie.

Le service accueille chaque année 18000 patients dont 3700 seront hospitalisés dans le service de Pédiatrie.

Le nombre d'admissions, même s'il a beaucoup augmenté ces dernières années, semble actuellement se stabiliser.

En Aquitaine, seuls les services d'urgences pédiatriques du CHU de Bordeaux et du CH de Pau accueillent 24h sur 24 les urgences pédiatriques à la fois médicales et chirurgicales.

A Pau, l'accueil est organisé par un médecin urgentiste avec une forte expérience en pédiatrie de 9h à 21h secondé par un interne en pédiatrie ou en médecine générale (de garde sur 24h). En cas de forte activité (le WE) ou pour avis spécialisé et en tout cas après 21h, le pédiatre de garde sur place est sollicité.

Quant au personnel para-médical, il est affecté spécifiquement sur cette unité.

Il est composé de 10 ETP d'infirmière puéricultrice.

L'accueil, la prise en charge administrative et les soins de l'enfant sont assurés par l'équipe de puéricultrices.

Les après-midis, une auxiliaire de puériculture est détachée du service de pédiatrie afin d'assurer l'accueil et la prise en charge médico-administrative des enfants et des familles.

Parmi la population des admissions, on estime à **400 passages par an** (1 à 2 enfants par jour), le nombre d'enfants qui vont séjourner aux urgences pédiatriques durant plusieurs heures après leur prise en charge.

Ceci s'explique par leur état clinique qui nécessite une surveillance prolongée avant que le médecin décide d'un éventuel retour au domicile ou d'une hospitalisation.

Les exemples récurrents de séjours prolongés aux urgences sont :

- Crise d'asthme ayant besoin de plusieurs aérosols avant de pouvoir envisager un retour au domicile.
- Gastro-entérite chez un nourrisson nécessitant une réhydratation orale.
- Bilan de douleurs abdominales aiguës.

Ces enfants et leurs parents passent actuellement plusieurs heures dans des locaux non adaptés aussi bien en terme de surveillance (monitorage) que d'agrément (inconfort/ table d'examen...)

De plus, la surveillance de ces patients représente une charge de travail importante pour le personnel des urgences qui continue à accueillir et prendre en charge les admissions.

De ce fait, l'encombrement des box entraîne un ralentissement des consultations médicales et augmente ainsi le délai d'attente.

Nous souhaiterions pour ces patients mettre en place une ZSTCD au sein du service. L'architecture du service des urgences ne nous permet pas la création à court terme d'un nouvel espace dédié à cette zone de surveillance.

En revanche, nous disposons d'une salle d'accueil des urgences vitales pédiatriques (SAUVP) parfaitement équipée (monitorage, ventilation, perfusion...) au sein du service des urgences pédiatriques.

Cette zone est sous utilisée et accueille 4 à 5 fois par an les urgences vitales. Cette salle pourrait aisément servir à la fois de ZSTCD et de SAUVP sans investissement matériel lourd, ni nouveaux travaux.

Le problème de l'arrivée d'une grande urgence alors que la salle de déchocage est occupée pourrait être résolu par le déplacement de l'enfant relevant de la ZSTCD vers un box d'examen et de surveillance ou le service de pédiatrie.

Cette situation rare mais probable fera l'objet d'une charte de fonctionnement qui définit les modalités de prise en charge des urgences vitales.

## **2/Missions de la Zone de Surveillance de Très Courte Durée**

La création d'une zone de surveillance de très courte durée s'inscrit dans le **projet médical (2008/2011)**.

- Accueillir les patients du service d'accueil et d'urgence dans le cadre d'une hospitalisation de courte durée pour poursuivre une prise en charge débutée aux urgences.
- Accueillir les patients qui nécessitent des examens complémentaires pour hospitalisation plus longue ou d'un retour à domicile dans les 24 heures.

## **3/Critères d'admission**

Dans un premier temps, l'enfant est admis en consultation aux urgences pédiatriques. Après examen médical, **l'indication d'une hospitalisation en ZSTCD est posée par le médecin senior des urgences pédiatriques.**

Relève d'une admission en ZSTCD :

- Asthme sévère (Crise d'asthme nécessitant plusieurs aérosols avant de pouvoir envisager un retour au domicile).
- Diarrhée aiguë du nourrisson nécessitant une réhydratation orale.
- Bilan de douleurs abdominales aiguës.
- Traumatisme crânien.

#### 4/ Les recettes nouvelles

L'analyse réalisée par le Dr Debeugny (DIM) fait apparaître la possibilité de nouvelles recettes( de l'ordre de 232 148 euros par an) que pourrait générer la prise en charge de **400 patients** hospitalisés en ZSTCD.

L'obtention de nouvelles recettes pourrait permettre d'allouer des moyens humains supplémentaires sur la ZSTCD.

Compte tenu des variations d'activité dans la journée, la présence d'une puéricultrice supplémentaire se justifierait sur la vacation d'après-midi (de 13H45 à 21H30).Un supplément de temps ASH serait à envisager également l'après-midi.

<b>TOTAL RECETTES NOUVELLES</b>
<b>232 148 €</b>

#### 5/Organisation des Soins

##### - 5-1/ Procédure de fonctionnement de la ZSTCD

Cf annexe n°1

##### - 5-2/ Procédure d'organisation de l'évacuation de la ZSTCD

L'enfant admis dans la S.A.U.V.P au titre d'une surveillance de très courte durée peut à tout moment être évacué de cette zone si une urgence vitale se présente.

La famille de l'enfant est prévenue de cette éventualité lors de l'admission en ZSTCD.

- lors d'une admission d'une urgence vitale annoncée par la régulation du SAMU.  
Cf annexe n°2
- lors d'une admission d'une urgence vitale non annoncée par la régulation du SAMU.  
Cf annexe n°3

#### 6/ Moyens nécessaires

##### 6-1/ Moyens humains

##### **Organisation des effectifs para-médicaux**

Afin de mener à bien le projet, l'effectif para-médical (IDE /PDE\*) devra être renforcé l'après-midi au regard de l'activité actuelle et de la surveillance nécessaire au sein de la ZSTCD.

Durant l'ouverture de la ZSTCD, une IDE/PDE est dédiée à ce secteur de prise en charge.

\* Puéricultrice diplômée d'Etat.

Effectif actuel : 10 ETP

- 2 PDE le matin
- 2 PDE l'après-midi
- 1 PDE la nuit

Il serait opportun de passer d'un effectif de 2 puéricultrices à 3 puéricultrices sur l'horaire d'après-midi(roulement variable) tous les jours de la semaine.

Calcul des effectifs(du lundi au dimanche) pour un poste de travail

1x 7,75 x 365 jours = 2828,75 heures/an  
2828,75H : 1541H50 = **1,83 ETP**

Afin de pouvoir sécuriser tout au long de l'année la présence d'une troisième IDE/PDE d'après-midi(absentéisme, formation etc), il serait nécessaire d'augmenter de 2 équivalents temps pleins d'IDE/PDE l'effectif para-médical.

❖ **ASH**

Effectif actuel : 3 ETP

L'effectif minimum du lundi au vendredi est de 2 ASH en roulement variable dont les horaires sont : 8H/15H45 et 10H/17H45.

Pour des raisons d'effectif, le week-end le service fonctionne avec une ASH exerçant de 8H à 15H45.

La situation actuelle ne permet pas de dégager du temps agent sur les urgences pédiatriques l'après-midi.

Le temps de nettoyage des locaux devra être également pris en compte lors de l'ouverture de la ZSTCD.

L'obtention de **1 Equivalent Temps Plein** supplémentaire permettrait d'assurer la prestation d'hygiène des locaux des urgences pédiatriques tous les après-midis de façon pérenne du lundi au dimanche.

Ainsi, l'effectif minimum d'ASH pourrait être de 2 personnes du lundi au dimanche.

Synthèse dépenses nouvelles titre 1	
Personnel non médical	Valorisation
- PDE : 1,83 ETP	83 660 €
- ASH : 1 ETP	27 755 €

Soit un total de 111 415 €

## 6-2/ Moyens matériels et logiciel

Les quatre boxes d'examen et de surveillance des urgences devraient être équipés de moniteur multi-paramétrique et de chariot de brancardage. Ceci fait l'objet du plan d'équipement médical 2010.

La mise en place du projet de ZSTCD pourrait débuter dans un premier temps avec l'obtention d'un scope portatif.

L'enfant pourrait être installé soit dans un "lit cage"(moins de 4 ans) soit sur un chariot de brancardage.

Pour les lits, nous n'exprimons aucune demande en équipement, en revanche nous demandons l'achat d'un chariot de brancardage adapté en vue de l'ouverture de cette zone.

En effet, tout enfant relevant de la ZSTCD et susceptible d'être évacué en urgence doit être surveillé selon la situation initiale.

<b>Synthèse dépenses d'investissement</b>	
<b>Demandes matériel</b>	<b>Valorisation</b>
- 4 moniteurs multi-paramétriques (portatifs wifi) 4 500 € X 4	18 000 €
- 3 chariots de brancardage* 3 500 € X 3	10 500 €
<b>Soit un total de 28 500 €</b>	
<b>Demande logiciel</b>	<b>Valorisation</b>
Logiciel graphique dédié à cette activité	A compléter
<b>Soit un total dépenses d'investissement de : à compléter</b>	

\* un chariot est en cours de livraison sur 2009

## 7/ Points complémentaires

### 7.1 au niveau institutionnel

- avis DDASS en date du 20 mai 2009 (Dr GRAND) : pas d'autorisation à demander car déjà une autorisation pour le service d'urgence, protocolisation à réaliser afin de libérer très rapidement la SAUVP
- avis conseil exécutif
- avis comité technique d'établissement

### 7.2 Règles de codage

Nécessité de créer un numérotage d'IM rattaché à un numérotage d'IS pour le codage (demande du Dr DEBEUGNY)

Lorsque le patient est pris en charge dans une zone de surveillance de très courte durée(ZSTCD) à l'issue de son passage au service des urgences de l'établissement, un GHS ne peut être facturé que si son état de santé présente les caractéristiques suivantes

- Un caractère instable, ou que le diagnostic reste incertain,
- Nécessite une surveillance médicale et un environnement para-médical qui ne peuvent être délivrés que dans le cadre d'une hospitalisation,
- Nécessite la réalisation d'examens complémentaires ou d'actes thérapeutiques.

L'association des trois caractéristiques est nécessaire pour qu'un GHS puisse être facturé.

Après 21 h (fermeture de la ZSTCD), les enfants pourront éventuellement être hospitalisés en pédiatrie. Cela impliquera qu'une partie des recettes sera imputée dans le CREA à la pédiatrie et non à la ZSTCD.

### 7.3 au niveau administratif

- création d'une unité fonctionnelle spécifique rattachée au CR pédiatrie
- code d'autorisation 07

\*\*\*

## CONCLUSION

La création d'un lit de zone de surveillance de très courte durée aux urgences pédiatriques permettra :

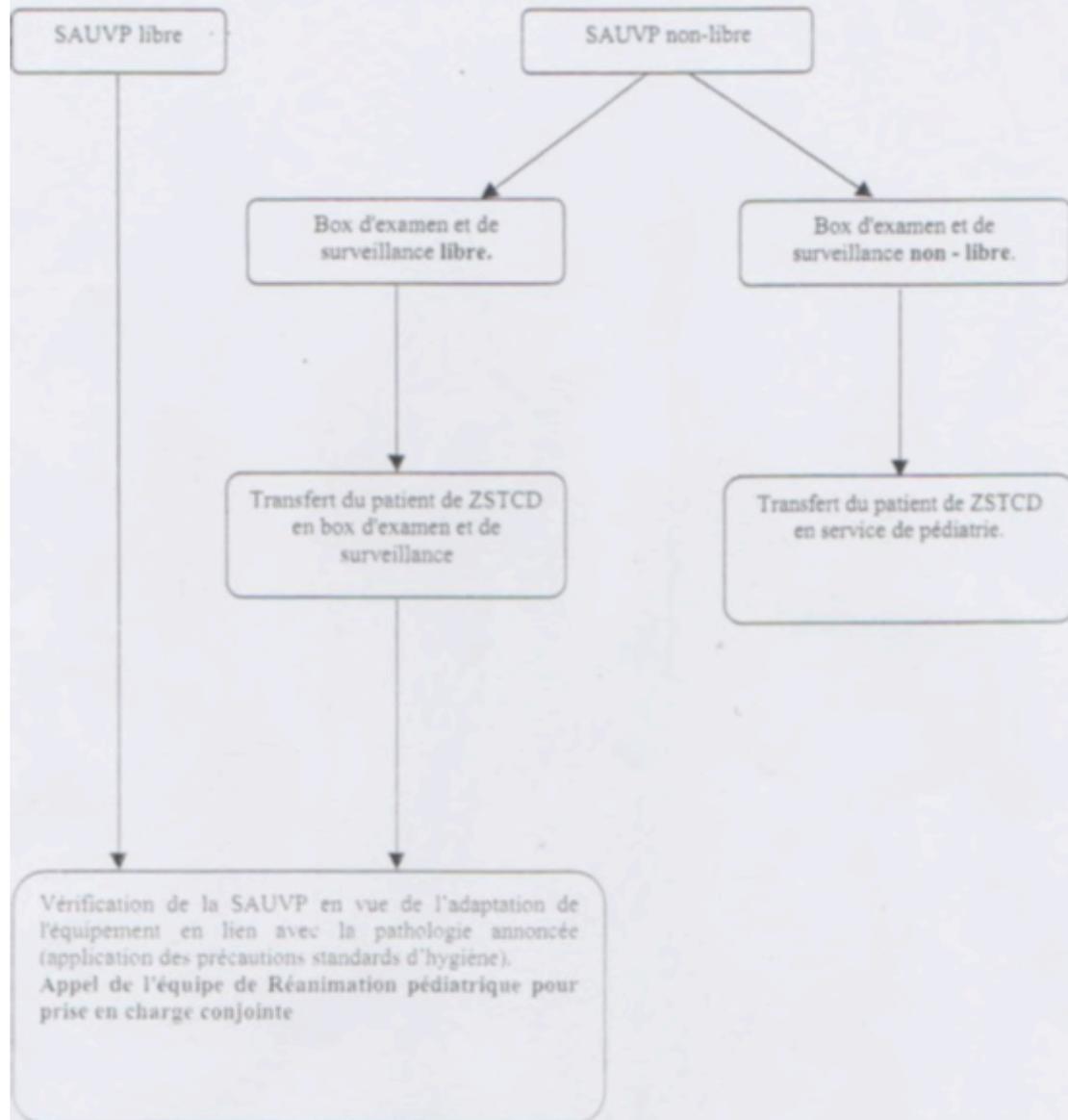
- d'améliorer la prise en charge et la surveillance des enfants dont la pathologie relève de ce type de structure et d'éviter l'hospitalisation
- d'améliorer de façon plus globale l'ensemble de la prise en charge des enfants aux urgences pédiatriques grâce à un renforcement en personnel paramédical (puéricultrice) et d'assurer une meilleure hygiène des locaux sur l'ensemble de la semaine

**PROCEDURE de fonctionnement de la ZSTCD.**

- Ouverture de la ZSTCD de 9H à 21H.
- Arrêt des admissions en ZSTCD à partir de 20h.
- De 20h à 21h, les enfants suivis en ZSTCD, selon avis médical :
  - rentrent à domicile.
  - sont hospitalisés au sein du service de pédiatrie.
- Procédure à suivre en cas d'admission d'un enfant nécessitant la salle de SAUVP (confère les deux fiches procédures).
- Le patient ainsi que toute personne accompagnant un enfant admis en ZSTCD (parents, tuteurs ou tiers...), sont informés de la possibilité d'un éventuel transfert en box d'examen et de surveillance ou en service de pédiatrie en cas d'admission d'un enfant nécessitant la S.A.U.V.P.
- L'entretien de la ZSTCD et la procédure de désinfection du matériel sont identiques aux procédures mises en place pour les autres box d'examen et de surveillance des urgences pédiatriques.
- La ZSTCD est équipée d'un matériel uniquement dédié à cette activité (chariot de soins et kits spécifiques).

## ANNEXE N°2

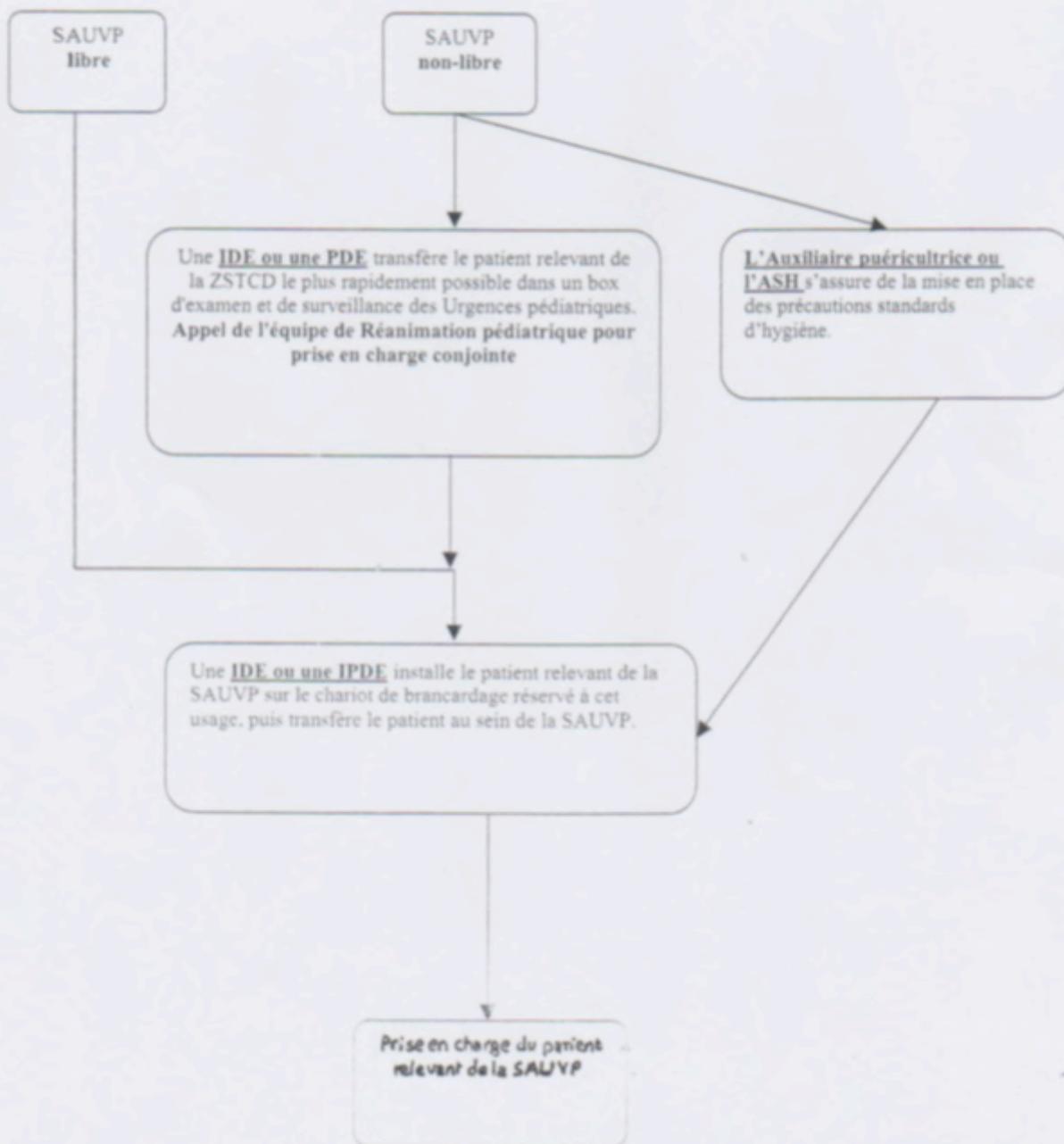
De 09H à 21H, annonce par le service de régulation, de l'arrivée d'un patient relevant de la SAUVP.



A son arrivée installation du patient en SAUVP

## ANNEXE N°3

Installation d'un patient non annoncé  
par la Régulation et relevant de la SAUVP.



# **Annexe 5**

Fiche conseil sur la constipation

## L'ÉQUIPE DE SOINS DES URGENCES PÉDIATRIQUES VOUS INFORME SUR LA CONSTIPATION

### DEFINITION :

Difficulté à évacuer les selles avec diminution de leur fréquence.  
En général, nous parlons de constipation lorsque l'enfant n'a pas eu de selles depuis 3 jours.

L'acquisition de la propreté commence à être effective vers 30 mois, âge auquel l'enfant a acquis une maturité suffisante pour retenir et relâcher les selles.

### LES SIGNES :

- Absence de selles.
- Douleur abdominale.
- Selles dures (comme des billes).
- Ballonnement.
- Douleur lors de l'émission des selles.
- Perte de l'appétit.

Parfois, évacuation de selles liquides par regorgement.

### LA CONDUITE A TENIR :

#### LES MORTS PHYSIQUES :

- Proposer à l'enfant d'aller au WC à heures régulières.
- L'y laisser 10 à 15 min dans une position confortable en rajoutant un tabouret sous le pieds afin qu'il ait un appui.
- Proposer l'exercice suivant : pincer le nez, gonfler les joues, sortir le ventre. Le répéter une dizaine de fois.
- Effectuer des massages abdominaux dans le sens des aiguilles d'une montre en exerçant une légère pression.
- Prescrire l'utilisation du thermomètre (si l'enfant a de la fièvre, la contrôler en la prenant sous le bras).
- Possibilité d'appliquer de la vaseline® au niveau de l'orifice anal.

#### LES MOYENS HYGIENO-DIETETIQUES :

- Faire boire l'enfant.
- Favoriser les légumes verts et les céréales.
- Proposer des fruits frais, compote (pomme- pruneaux...), jus de fruit pressé.
- Le matin, à jeun, proposer un verre d'eau ou de jus de fruit frais.
- Limiter l'apport en féculents (riz, pâtes, pomme de terre...).
- Eviter les sucres et les boissons gazeuses.
- Favoriser l'activité physiques : marche, vélo, sport.

En cas d'inefficacité des moyens mis en place, consulter votre médecin traitant.

# **Annexe 6**

Fiche conseil sur la gastro-entérite

# Gastro-entérite: Conseils aux parents

Le médecin vous a proposé un retour à domicile avec un traitement par réhydratation buccale

Il s'agit d'un Soluté de Réhydratation Orale ( SRO)

Les administrations de Coca-Cola, eau de riz, soupe de carottes, eau pure ne peuvent pas remplacer le SRO qui vous a été proposé

Pour un nourrisson totalement alimenté au sein: poursuivre cette alimentation et donner le SRO à volonté

Pour un nourrisson au lait ordinaire: arrêt du régime antérieur pendant 4 heures ou pendant la première nuit, pendant ces 4 heures SRO à volonté et retour au régime antérieur après 4 heures de SRO

Les laits sans lactose sont parfois proposés sur décision du médecin, cette prescription n'est pas constante

Un médicament contre la diarrhée vous sera rarement proposé

## Utilisation du SRO

Diluer un sachet dans 200 grammes d'eau

Fractionner les apports 50 g par 50 g, voir une cuillère à café toutes les minutes surtout en cas de vomissements

Chez votre enfant proposez \_\_\_ sachets par 24 heures soit \_\_\_ biberons de 200 g par 24 heures

## Revenir aux urgences si votre enfant est

Trop endormi ou

Il vomit

Il perd du poids

Il a plus que 39° de température

Il vous inquiète

## Le SRO est vendu sous plusieurs noms de marque

Adiaril, Alhydrate, Hydrigoz, Picolite, Viatol... GES 45

Les pédiatres du Centre Hospitalier de Pau

# **Annexe 7**

Fiche conseil sur l'hyperthermie

## L'ÉQUIPE DE SOINS DES URGENCES PÉDIATRIQUES VOUS INFORME SUR LA FIEVRE

La fièvre est une réponse de l'organisme à une infection. La fièvre a un rôle bénéfique sur l'organisme car elle stimule les mécanismes immunitaires.

Elle est définie par une température supérieure à 38° chez un enfant âgé de moins de 3 mois, et supérieure ou égale à 38°5 chez un enfant âgé de plus de 3 mois.

Si la température est prise en rectale, ne rien rajouter au résultat obtenu. Si elle est prise en axillaire, il faut rajouter de 0,5° à 0,9° selon la notice explicative du thermomètre.

### > SIGNES DE LA TEMPÉRATURE :

- Comportement : fatigue, pleurs, diminution de l'appétit.
- Etat général : frissons, joues rouges, yeux qui brillent, coloration.

### > CONDUITE A TENIR :

- Prendre la température à intervalles réguliers y compris la nuit.
- Découvrir l'enfant.
- Ne pas surchauffer la pièce (idéal à 19°-20°) et l'humidifier.
- Ne pas donner de bain mais envelopper le corps et la tête de l'enfant dans un linge humide (drap de bain passé sous l'eau tiède).
- Faire boire l'enfant.
- Donner en 1<sup>ère</sup> intention du paracétamol (doliprane®, efferalgan®) toutes les 6 heures. Si la fièvre ne diminue pas en dessous de 38°5 au bout de 3 heures, alterner avec de l'ibuprofène (advil®) sur prescription médicale, y compris la nuit.
- Observer les signes.
- Observer l'efficacité des moyens mis en place.

# **Annexe 8**

Fiche conseil sur la Désinfection Rhinopharyngée  
(DRP)

## L'équipe de soins des urgences pédiatriques vous informe sur le lavage de nez



Un enfant respire uniquement par le nez jusqu'à l'âge de 3 mois environ. Il est donc indispensable d'effectuer des lavages de nez et ce jusqu'à ce qu'il soit capable de se moucher efficacement seul.

### Objectifs :

Le geste permettra :

- ✓ De déboucher chaque narine afin que l'enfant respire librement
- ✓ D'éviter une surinfection rhinopharyngée et bronchique
- ✓ D'améliorer la prise alimentaire (surtout pour les biberons et le sein)

### Matériel :

- ✓ 1 pipette de sérum physiologique pour chaque narine
- ✓ des mouchoirs à usage unique ou des cotons
- ✓ une surface plane où l'enfant sera en sécurité (table à langer, lit)

### Déroulement du soin :

- ✓ se laver les mains
- ✓ placer des mouchoirs en papier de chaque côté de la narine de l'enfant
- ✓ tourner la tête sur un côté et la maintenir d'une main
- ✓ vider la pipette de sérum physiologique entière dans la narine supérieure (située la plus haute vers vous) en effectuant des pressions franches, rapides et successives
- ✓ essuyer le nez et observer la couleur et la quantité des sécrétions
- ✓ tourner la tête de l'autre côté
- ✓ renouveler l'opération
- ✓ se laver les mains

### Fréquence :

- ✓ au minimum avant chaque repas (s'il y a un risque de vomissement)
- ✓ et aussi souvent que nécessaire dans la journée et la nuit

# **Annexe 9**

Echelle d'évaluation de la chambre d'inhalation

### Echelle d'évaluation de l'utilisation de la chambre d'inhalation

	acquis	partiellement acquis	non acquis
Montage de la chambre d'inhalation			
Vérifier la date de péremption du spray			
Secouer le spray			
Position de l'enfant (assis bien droit ou demi-assis)			
Application du masque de façon hermétique			
Administration du médicament nombre de bouffées nombre de mouvements inspiratoires			
Ordre d'administration des médicaments			

# **Annexe 10**

Livret d'acquisition de compétences d'auto soins

Mon livret sur l'utilisation  
de la chambre d'inhalation

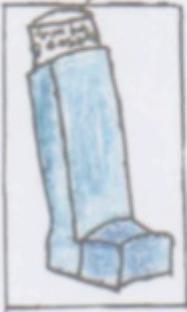


Equipe des urgences pédiatriques C.H Pau

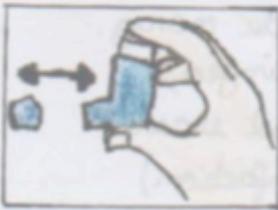


- Procéder au lavage de nez.  
(désinfection rhinopharyngée)
- Proceder al lavado de nariz.  
(desinfeccion nasofaringea)
- Proceed to the nasal wash.  
(nasopharyngeal disinfection)

VENTOLING  
14.06.2014



- Vérifier la date de péremption sur chaque médicament.
- Comprobar la fecha de caducidad de cada medicamento.
- Verify the date of prescription on every drug.



- Retirer le capuchon du spray.
- Quitar el tapón del spray.
- Remove the hood of the spray.

Nº 1



Nº 2



- Agitar le spray.
- Agitar el spray.
- Shake the spray.



- Attendre 15 minutes entre la prise de chaque médicament.
- Esperar 15 minutos entre cada medicamento.
- Wait 15 minutes between each drug administration.



- S'asseoir l'enfant, le dos bien droit.
- Sentar el niño con la espalda bien derecha.
- Sit the child with his back straight.

poner la respiración

poner la respiración

poner el niño



• Adapter le masque sur le nez et la bouche de l'enfant, de façon hermétique.

• Ajustar con firmeza la mascarilla sobre la boca y la nariz del niño.

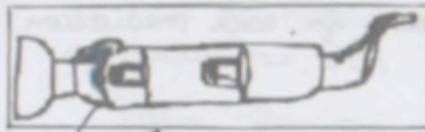
• Adjust the mask over nose and mouth of the child tightly.



• Appuyer sur le spray avec le pouce tout en maintenant le masque sur le visage.

• Subir el spray con el pulgar mientras se mantiene la mascarilla en la cara.

• Press the spray with your thumb while holding the mask on the face.



• Vérifier que les valves bleues bougent pendant les mouvements respiratoires.

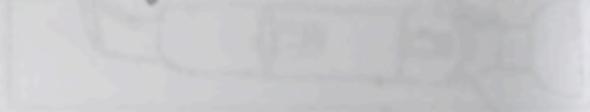
• Asegurarse que las valvulas de color azul se muevan durante los movimientos respiratorios.

• Check blue valves move during respiratory movements.

... de sus ...  
... de ...  
... de ...  
... de ...  
... de ...



- Renouveler l'opération pour la prise de chaque médicament.
- Renovar esta operación para cada medicamento.
- Repeat the process for each medication.



... de sus ...  
... de ...  
... de ...  
... de ...  
... de ...



• Después de cada toma de corticoides, rinsar la boca para evitar la survenue de mycose buccale.

• Después de cada steroide tratamiento, enjuagar la boca del niño para prevenir la aparición de candidiasis oral.

• Taken after each steroid treatment, rinse the mouth to prevent the occurrence of oral thrush.

• À la première utilisation et après chaque nettoyage, saturer la chambre de 5 bouffées de chaque traitement.

• Al primer uso de la cámara y después de cada limpieza, saturar la cámara de 5 inhalaciones de cada medicamento.

• In the first use and after every cleaning, saturate the chamber of 5 drafts.

- Nettoyer la chambre d'inhalation une fois par semaine à l'eau savonneuse, laisser sécher à l'air libre, ne rincer que le masque.

- Limpiar la cámara de inhalación una vez a la semana con agua y jabón. Dejar secar al aire libre, solo se enjuaga la mascarilla.

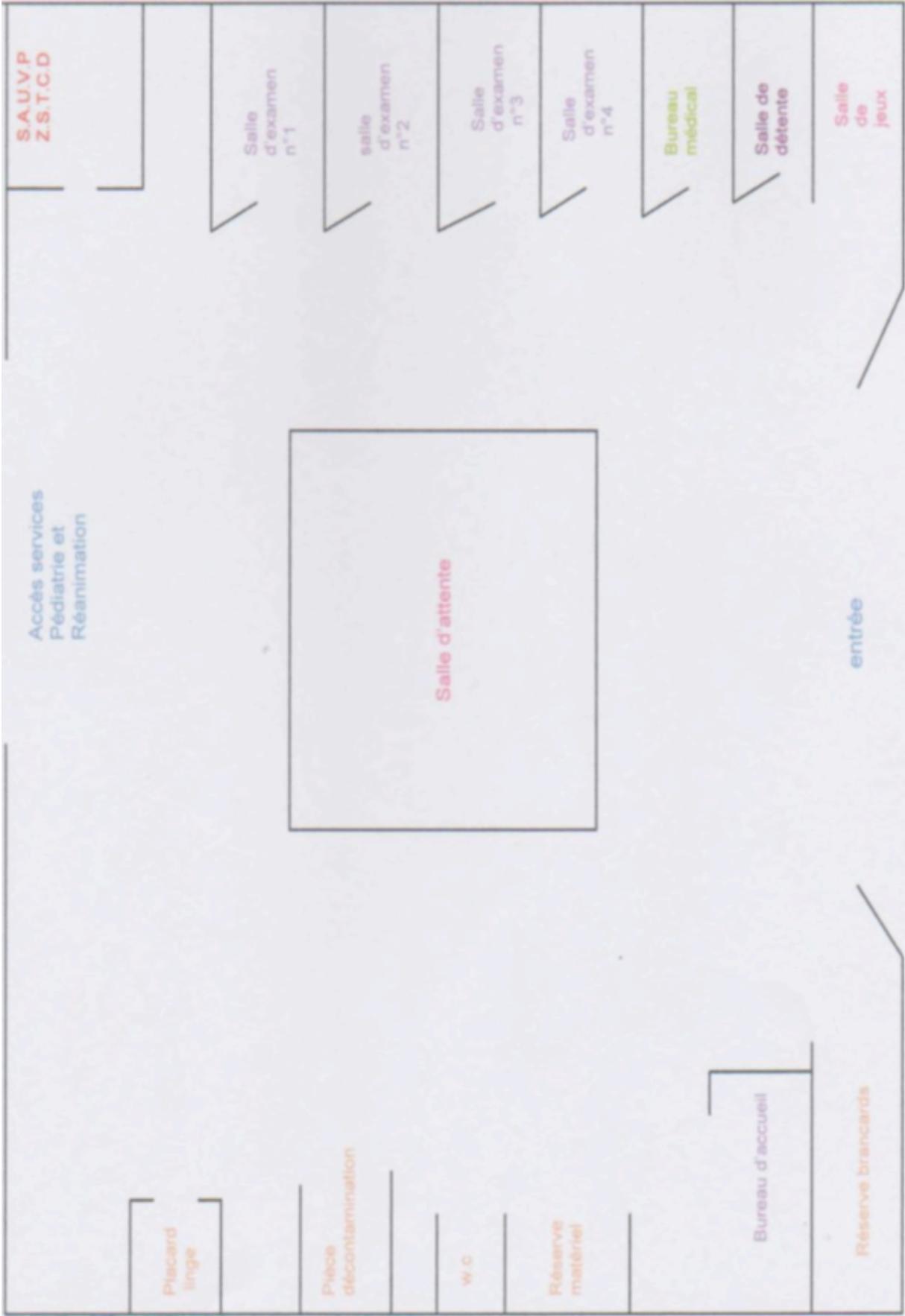
- Clean the inhalation chamber once a week with soap and water. Let it dry in the open air. Rinse the mask.

## Bibliographie

- 1- Circulaire n° DHOS/F1/MTAA/2006/376 du 31 août 2006
- 2- Sheinnmann P. De Blic J. *Allergologie pédiatrique. Médecine- Sciencess* ,Flammarion, 2007, pp 3-15
- 3- Site Internet « *Institut UPSA de la douleur* » derrière mis à jour le 19/10/2010
- 4- Cahier de la puéricultrice « *L'éducation thérapeutique pédiatrique en France* », n°259 Août-Septembre 2012, p11, pp 10-15)
- 5- Xavier Blan. « *Actualités Thérapeutiques* ». *L'éducation thérapeutique dans l'athisme*. Edition Elsevier, Masson 2010, pages 15S64 et 15S65.
- 6- Laboratoire GlaxoWellcome « *BabyHALER, Pour une prise en charge simple et adaptée* »
- 7- Kremp. L. « *Puériculture et Pédiatrie* », 4° édition, édition Lamarre, septembre 2000, p 153-159

# **Annexe 1**

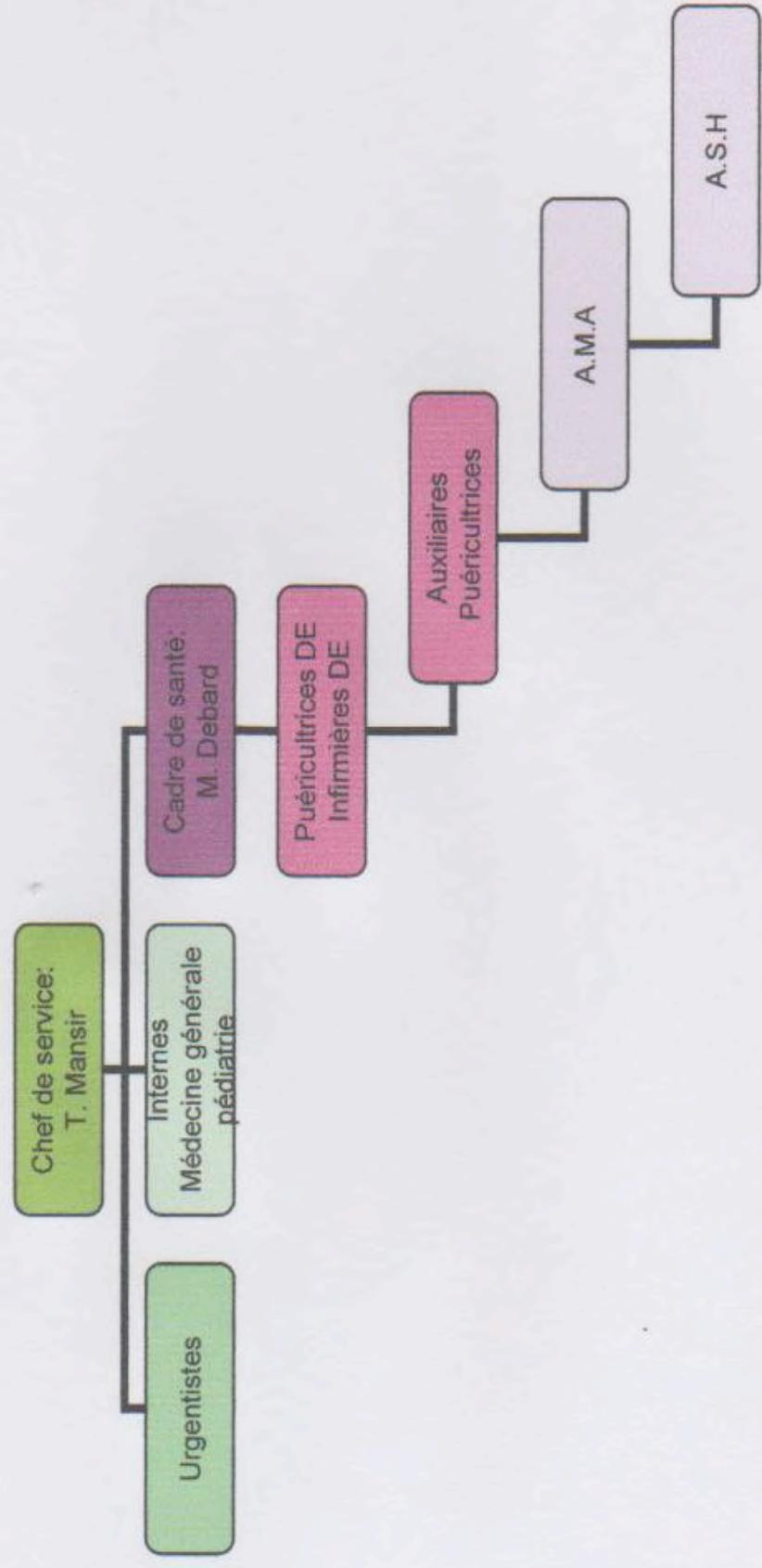
Plan du service des urgences pédiatriques C.H Pau



# **Annexe 2**

Organigramme du service des urgences pédiatriques

# ORGANIGRAMME DU SERVICE DES URGENCES PEDIATRIQUES CENTRE HOSPITALIER DE PAU



## Résumé / Mots clefs

Depuis sept ans, les urgences Pédiatriques du Centre Hospitalier de Pau mènent ponctuellement des séquences informatives, éducatives concernant des soins d'hygiènes (DRP) ou bien des pathologies aiguës transitoires (gastro-entérite, constipation...).

Grâce à ce travail mené sur l'année 2011/2012 et à une volonté de développer l'**Education Thérapeutique** au sein des Urgences Pédiatriques concernant la pathologie dyspnéique chronique, nous avons créé un **outil d'acquisition d'auto soin** ainsi qu'une **grille d'évaluation de l'acquisition du geste** dans le but d'**instaurer, améliorer, maintenir un état de santé de qualité** afin d'éviter une éventuelle hospitalisation.