

# Commission Scientifique SFMU



## Commission Scientifique 2002/2003 :

H. CARDOT (Argenteuil)  
G. CHERON (Paris)  
V. DANIEL (Grenoble)  
G. DUVAL (Pontoise)  
A. FREY (Poissy)  
P. GERBEAUX (Marseille)  
T. JACQUET-FRANCILLON (Bourg-en-Bresse)  
P. LEVEAU (Thouars)  
M. MAIGNAN (Nancy)  
P. MIROUD (Amiens)  
P. PATERON (Bondy) • Secrétaire  
F. POCHARD (Paris)  
PM. ROY (Angers)  
C. VITOUX-BROT (Paris)

[illegible]

## LE NOURRISSON, SES PARENTS et l'URGENTISTE

*Pr Antoine BOURRILLON – Chef du service de Pédiatrie Générale et urgences pédiatriques médicales –  
hôpital Robert DEBRE*

La moitié des enfants examinés aux urgences pédiatriques médicales sont des nourrissons (1). La gestion de cette consultation inhabituelle apparaît souvent difficile pour tout médecin qui n'en aurait ni l'expérience ni la maîtrise (2).

La particularité de la consultation de l'enfant aux urgences vient remettre en cause□

- l'ordonnance d'un recueil d'informations méthodique exigeant un temps d'écoute souvent thérapeutique
- les conditions d'une approche et d'un examen spécifiques à cet âge de la vie
- la gestion d'un programme de surveillance à la recherche de signes de gravité aux contours souvent méconnus.

Le **nourrisson** ne saurait plus être reconnu comme l'enfant n'ayant pas été sevré (3) mais comme un enfant se situant dans une tranche d'âge limitée de 29 jours (fin de la période néonatale) à celui de 2 ans (4) âge de développement privilégié du cerveau et du haut risque séquellaire de toute pathologie aiguë...

## **Les parents**

Le nourrisson est un patient dont l'expression verbale d'une demande de soins est transmise par un *entourage* plus ou moins marqué par l'inquiétude ou l'expérience transmise par son environnement.

Il convient, bien souvent, de décrypter dans l'instantané l'expérience parentale (et son niveau d'intolérance symptomatique) en accordant tout son prix à toute information reflétant un changement récent de comportement de l'enfant.

**L'urgentiste** est le médecin ayant une expérience des situations médicales d'urgence. Une telle mission exige, en premier lieu, la capacité du maintien des conditions de sécurité face à l'urgence vitale. Dans le domaine des urgences pédiatriques, la qualification impose, en outre l'expérience et la compétence de la médecine de l'enfant.

Les consultations médicales pédiatriques aux urgences se répartissent entre urgences réelles ou ressenties et consultations sans rendez-vous ou urgences de santé publique (1).

Seules 20 % des consultations aux urgences pédiatriques appartiennent à ce groupe

### Urgences réelles

- urgences des trois premiers mois de vie, au premier rang, desquelles le nouveau-né orphelin, dès la sortie de la maternité, de tout pôle médical de référence de proximité et de disponibilité.
- urgences respiratoires : bronchiolites, asthme du nourrisson, dyspnées laryngées, inhalations de corps étrangers.
- urgences digestives : gastro-entérites aiguës (avec ou sans déshydratation)
- urgences infectieuses : méningites purulentes, pneumopathies, pyélonéphrites aiguës
- urgences neurologiques : convulsions, intoxications aiguës...

Urgences ressenties face à la mauvaise tolérance de certains symptômes (fièvre aiguë ou prolongée, douleurs abdominales aiguës, cris inexplicables ...) ou liées à une intolérance parentale à ces symptômes (situations fréquentes auquel tout médecin libéral peut se trouver confronté).

Aux motifs de consultations précédemment évoqués, il convient d'opposer le flux des consultations ordinaires (sans rendez-vous) dont la demande relève d'exigences immédiates des familles dans une démarche de soins rapides, adaptés notamment aux horaires de la vie familiale et dans un contexte de proximité... entravant fréquemment la gestion des consultations d'urgences justifiées.

De telles circonstances sont cependant aussi l'occasion de dépister des situations à risques (enfants vulnérables) et exigent vigilance, expérience et disponibilité... habituellement inadaptées aux urgences hospitalières.

Le schéma primordial de l'action médicale pédiatrique est la chaîne –recueil d'informations, examen physique, examens complémentaires, décisions thérapeutiques « avec ses variantes, ses rétrocontrôles, ses échappées et de ses redites » (5)

### **Urgences réelles, urgences ressenties** il convient lors de chacune de ces consultations

- de bien connaître les conditions d'un bon recueil d'informations anamnestiques
- de maîtriser l'approche sémiologique clinique qui doit permettre, le plus souvent à elle seule, de formuler les bonnes hypothèses diagnostiques,
- d'évaluer les signes de gravité (« évaluer les signes de gravité, c'est aussi en leur absence, se rassurer »)
- de choisir les stratégies d'investigations les plus appropriées,
- d'expliquer les conditions et les modalités de surveillance et d'évolution prévisible habituelle,
- d'informer les familles sans pour autant transmettre l'inquiétude à propos des circonstances qui pourraient motiver toute nouvelle consultation.

## **Le recueil d'informations**

Le recueil des informations concernant l'enfant et sa famille se situe, habituellement, dans le contexte de la relation triangulaire pédiatrique enfant/parents/médecin. C'est un acte « médical » au sens plein du terme. *Il doit être systématique mais non contraignant, exigeant mais déculpabilisant.*

Dans le déroulement de la consultation pédiatrique « habituelle », il doit **être préparé, accompagné, conduit avec rigueur.** (6)

### **Préparé** implique

- de connaître les éléments essentiels de la pathologie concernée ☐ «on ne trouve que ce que l'on cherche, on ne cherche que ce que l'on connaît» sans céder au «syndrome de l'autoroute» (diagnostic «immédiat» porté selon des considérations intuitives ou de fréquence épidémiologique,
- de consulter les documents accompagnant l'enfant (carnet de santé, lettre du médecin de ville...)

### **Accompagné** impose ☐

- un lieu isolé apte à mettre en confiance l'enfant et sa famille (décoration, meubles jeux...).
- la situation «assise» du médecin et de son interlocuteur...
- la présentation du médecin qui va recueillir des données, l'absence de toute distraction ou d'intervention extérieure lors de l'entretien...
- l'abstention de toute observation personnelle susceptible d'être réprobatrice vis à vis du comportement parental ou du médecin antérieurement consulté.

### **Un recueil d'informations conduit avec rigueur** doit comporter, dans l'ordre de rédaction de l'observation ☐

- les données administratives et le(s) motif(s) de la consultation (relié(s) au degré éventuel du type de l'urgence).
- les antécédents familiaux ☐ parents – fratrie
- les antécédents personnels... et chez le jeune nourrisson ☐ des informations concernant la grossesse maternelle, l'accouchement, l'état de l'enfant à la naissance, le terme, l'âge et le poids de l'enfant à la sortie de la maternité.
- les informations concernant le régime de l'enfant (la qualité de la prise des biberons) et sa tolérance (rejets, aspect des selles, troubles digestifs)
- les données concernant la croissance staturo-pondérale et le développement psychomoteur
- les antécédents pathologiques.... (notamment infections à répétition; le type du mode de garde ou l'éventualité d'un terrain atopique )

Souvent longue à préciser, cette démarche ne saurait être imposée dans cette chronologie pour tout enfant examiné aux urgences chez lequel l'abord de la pathologie apparaît souvent prioritaire dans son acuité.

Ici se situe **la capacité d'écoute** du médecin face à l'enfant et à son entourage. Celle-ci aux consultations d'urgences est malheureusement réduite, soit du fait de la pression numérique des consultants soit du fait du recours souvent excessif à des examens complémentaires de «débrouillage» performants (exemple ☐ cliché thoracique).

En médecine de l'enfant, l'écoute est pourtant primordiale. Elle est complexe et variable.

Elle peut être indirecte, excluant le nourrisson – tout au moins dans le domaine de l'échange et des symboles verbaux (enfant = infant, «celui qui ne parle pas») ☐ mot qui a gardé son sens originel dans la langue anglaise.

Cette écoute est aussi ternaire ☐ le médecin (aux urgences) ☐ l'enfant ☐ la famille (5)

La *mère* doit, dans la relation pédiatrique habituelle, être aidée dans l'expression de sa demande ☐ il convient de lui faire se redire ☐ de découvrir peu à peu sa vérité, son expérience, ses éclairages, son «vécu de la maladie de l'enfant».

Le *père* est souvent interprétatif, peu spontané et dans les meilleurs des cas épris du style opérationnel de son métier. On connaît dans le contexte les difficultés relationnelles possibles avec les enfants de médecins, d'ingénieurs ou d'enseignants...

La *grand-mère*, plus rarement intervenante, induit à une écoute qui peut être fructueuse, déconcertante, ou irritante. Son témoignage peut être utile sur la communauté où vit le nourrisson, les désaccords qui y règnent, les angoisses qui s'y déploient.

Plus exceptionnellement, la fratrie aînée, parfois seule accompagnante de l'enfant peut porter un témoignage qui, ne saurait être silencieux. Dans chaque cas, le médecin devra s'adapter, comprendre, consacrer un temps qui aux urgences lui est trop souvent mesuré.

Il convient, enfin, de fixer le plus souvent dans l'instantané, le niveau culturel de la famille ☐ son approche possible des problèmes de santé, son niveau de communication verbale dans l'éclairage de l'interculturalité.

A cette écoute, il convient d'observer que le médecin de l'urgence répondra souvent avec sa propre personnalité, sa propre charge émotionnelle ou... face aux urgences de l'inutile avec sa propre impatience. Autant de réponses susceptibles de porter un poids d'agressivité culpabilisant et véhiculé dans des mots dont les conséquences émotionnelles sur l'environnement familial peuvent être mal perçues.

Il faut enfin, dans tous les cas, et en particulier au sein des environnements à risques, percevoir dans la demande parentale aux urgences «un enfant offert comme un symptôme», (enfant prétexte d'une demande indirecte de l'adulte).

### **L'observation de l'enfant** Elle est aussi «l'écoute intime du nourrisson».

Le temps d'inspection des jeunes nourrissons est riche d'informations. C'est un temps prioritaire à respecter après que l'enfant ait été amadoué, notamment en parlant et jouant avec lui.

Le sourire, le jeu avec un objet, le contact et le soutien lorsque les échanges verbaux ne sont pas possibles, le croisement des regards, l'écoute des gazouillements, le déchiffrement des différents cris, la perception des cris anormaux, la permanence de l'attention, sont déjà l'expression d'un langage.

Le nourrisson ensuite entièrement déshabillé par sa mère (ses parents), on peut ainsi évaluer

- son comportement vivacité regard ; mimiques posture mouvements spontanés
- la qualité de ses cris éventuels normaux s'ils sont francs et vigoureux
- la coloration des téguments pâleur à confirmer par l'examen des conjonctives, cyanose (lèvres, extrémités) en sachant que les paumes et les plantes sont souvent normalement bleues et froides chez les jeunes nourrissons.
- un teint ictérique à rechercher à la lumière naturelle
- des signes cutanés notamment hémorragiques (ecchymoses, purpura) dont il convient alors de préciser le caractère spontané ou provoqué une éruption éventuelle.
- l'état trophique
- l'examen du crâne avec évaluation de la perméabilité de la fontanelle antérieure (habituellement fermée entre 12 et 18 mois)

**L'examen cardiovasculaire** est ensuite **l'examen du 1<sup>er</sup> contact** l'auscultation cardiaque est assurée, en premier lieu, chez un enfant rassuré, familiarisé au stéthoscope préalablement réchauffé dans la paume de la main.

Le chiffre normal de la fréquence cardiaque est, à cet âge, de 130 au cours de la première année 120 au cours de la 2<sup>ème</sup> année.

L'arythmie respiratoire (accélération respiratoire de la fréquence cardiaque) est physiologique chez le nourrisson.

L'auscultation cardiaque recherche, en outre, un souffle dont il convient d'informer la famille de façon non angoissante.

La palpation des pouls périphériques est systématique (huméraux et fémoraux). La pression artérielle doit être chiffrée chaque fois que possible en dehors des cris, avec un brassard adapté à la mensuration du bras (au mieux par la méthode de Doppler ou Dinamap).

**L'examen pleuropulmonaire** impose également, de chiffrer la fréquence respiratoire. Celle-ci est de l'ordre de 30 cycles / min. A cet âge, la respiration diaphragmatique est prédominante et l'ampliation thoracique est minime. Il est ainsi plus facile d'apprécier la fréquence respiratoire en observant les mouvements abdominaux plutôt que thoraciques.

L'existence de signes de lutte doit être évaluée mais le score de Silverman n'est applicable qu'aux nouveau-nés.. Leur présence traduit une dyspnée obstructive dont la prédominance d'un temps présume de la topographie inspiratoire (dyspnée laryngée) ou expiratoire (bronchiolites, asthme).

L'auscultation pulmonaire apprécie l'existence éventuelle de râles sibilants situation fréquente en cas d'hyperréactivité bronchique chez le nourrisson du fait du faible calibre de l'arbre trachéobronchique.

**L'examen abdominal** le premier contact de la main sur la paroi abdominale du nourrisson provoque presque toujours une sensation de chatouillement rendant difficile une appréciation immédiate. Cette sensation disparaît si on parvient à distraire l'enfant en jouant avec lui ou en plaçant la main sur la surface de l'abdomen pendant quelques instants en ne pratiquant initialement aucun mouvement palpatoire avec les doigts.

Cette évaluation, ensuite possible, permet d'apprécier

- le bord inférieur du foie qui déborde fréquemment de 2 à 3 cm sous le rebord costal (foie volontiers ptosé chez le nourrisson). Cette palpation est possible jusqu'à la région xyphoïdienne. Un foie perçu dans l'épigastre traduit une hépatomégalie.

- le volume splénique□ le pôle inférieur de la rate est fréquemment perçu de façon physiologique à bout de doigts chez le jeune nourrisson. La palpation apprécie en outre systématiquement les orifices herniaires.
- L'examen abdominal peut être complété dans certains cas seulement (rectorragies ou suspicion d'invagination intestinale aiguë par un toucher rectal atraumatique effectué avec le petit doigt).

**L'examen neurologique**□ l'examen aux urgences ne saurait dispenser d'une évaluation rapide de la qualité du développement psychomoteur relié à ses principaux repères□ de l'état du tonus et des réflexes notamment dans les situations de détresse neurologique.

Cet examen doit être complété en contexte infectieux notamment par l'évaluation de la mobilité articulaire en sachant accorder une importance toute particulière à toute limitation de l'abduction des membres inférieurs.

**L'examen des territoires ganglionnaires** s'impose également chez le nourrisson notamment dans un contexte de fièvre éruptive. Un diamètre ganglionnaire supérieur à 1,5 cm doit être considéré comme pathologique (maladie de Kawasaki). Une topographie occipitale postérieure est également possible et évocatrice de certaines pathologies virales (CMV, toxoplasmose, rubéole).

**L'examen ORL** des tympons est en théorie le plus *agressif* et est facilité par la qualité de l'approche apaisante de l'examen clinique antérieur. Il nécessite une bonne immobilisation, un éventuel nettoyage atraumatique du conduit auditif externe... et un «peu d'expérience.» Rappelons à ce propos que le diagnostic d'otite moyenne aiguë purulente est «au bout de l'otoscope» et ne saurait être porté que sur l'association d'une inflammation (congestion ou hypervascularisation) **et** d'un épanchement rétrotympanique extériorisé (otorrhée) ou non (opacité, effacement des reliefs normaux ou bombement).

L'examen de la cavité buccopharyngée permet enfin d'évaluer□

- l'aspect et le volume des amygdales, en rappelant que le diagnostic d'angine est exceptionnel chez le nourrisson.
- l'aspect de la langue (stomatite)
- l'état dentaire.

Au terme de cette observation on devra s'assurer du recueil d'un certain nombre de données chiffrées indispensables à toute fiche d'observation aux urgences pédiatriques

- Taille□PCE□poids
- Température
- Fréquence cardiaque
- Fréquence respiratoire
- Pression artérielle

Il convient aussi de situer et de préciser, selon chaque contexte clinique, l'existence (ou l'absence) d'éventuels signes de gravité (des exemples peuvent être apportés pour la fièvre aiguë, les bronchiolites aiguës, les diarrhées aiguës...)

<b>Fièvre aiguë</b>	Mauvaise tolérance□ teint pâle, troubles du comportement, somnolence, anomalies du cri, marbrures, temps de recoloration allongé
<b>Détresse respiratoire</b>	FR > 60/min, intensité des signes de lutte, prise difficile ou incomplète des biberons
<b>Diarrhée aiguë</b>	Nombre de selles, consistance, allure évolutive, qualité de la prise des biberons

### **Stratégies d'investigations complémentaires**

Les examens complémentaires doivent être considérés comme autant d'arguments susceptibles de conforter (plutôt que d'infirmier) les données de l'analyse clinique. Ceux-ci sont le plus souvent limités, malgré la demande et le crédit apporté par les parents, aux «hopitaux de jour minute» des urgences pédiatriques.

Ainsi, par exemple, les bronchiolites ne justifient que dans 5% des cas de la pratique d'un cliché thoracique. Les douleurs abdominales ne sauraient conduire un abdomen sans préparation systématique «d'attente».

L'ionogramme sanguin n'est pas plus utile à la diarrhée aiguë sans déshydratation que la CRP à la fièvre d'origine manifestement virale. (7)

#### **Examens exigés habituellement par les parents**

NFS ☐ coproculture ☐ imagerie médicale (cliché thoracique, abdomen sans préparation voire examen échographique)

#### **Examens souhaités par l'urgentiste ☐**

CRP ☐ ECBU ☐ SaO<sub>2</sub>.

#### **Examens recherchés par l'enfant ☐ aucun**

Il est utile cependant de ne pas méconnaître l'apport possible comme outil d'aide au diagnostic de certains marqueurs biologiques d'infection et dans l'avenir de toute technique de diagnostic rapide discriminant (8)

Il convient aussi d'examiner, de manière critique, le recours à ces examens complémentaires dans une démarche prospective d'amélioration de la qualité des soins (9).

#### **La prescription thérapeutique**

Elle doit être commentée, validée dans sa compréhension, complétée par la précision des signes de surveillance témoignant de l'efficacité thérapeutique (rythme, fréquence) ou à l'inverse par les informations concernant les signes d'aggravation nécessitant une éventuelle reprise de contact avec le médecin. (informations sur la durée attendue d'une fièvre (3 jours pour une infection virale) ☐ le caractère évolutif d'une diarrhée aiguë ou d'une détresse respiratoire...)

On doit situer, ainsi, l'apport bénéfique, pour la famille et les prescripteurs, d'un contact téléphonique de contrôle, notamment en fin de soirée. (Exemple ☐ informations sur la tolérance d'une fièvre ☐ le caractère évolutif d'une diarrhée aiguë ou d'une détresse respiratoire).

#### **Médecin de l'enfant aux urgences**

Toute consultation même non urgente peut être l'occasion d'expliquer l'intérêt de mesures préventives tout particulièrement chez le nourrisson ☐ évaluation de la qualité des apports nutritionnels (régime) ☐ suivi des vaccinations ☐ rationnel de l'indication de l'antibiothérapie ☐ limites aussi de recours aux consultations des urgences hospitalières (consultations de l'instantané) et validation d'un circuit compétence-confiance (en particulier téléphonique) susceptible de prévenir des consultations itératives aux urgences aussi inadaptées pour le nourrisson ... que pour ses parents et le médecin urgentiste.

#### **Références.**

1. BOURRILLON A. ☐ CHERON G. Urgences pédiatriques. Avant propos monographie. Revue du Praticien. 2001, 51, 1872-3.
2. BOURRILLON A., CHERON G. Préface Urgences Pédiatriques. Masson Editeur, Paris, 2000.
3. Dictionnaire médical Masson. Paris 1997.
4. Larousse médical. Paris 2002.
5. ROYER P. Souvenir et messages d'avenir. Elsevier Editeur Paris 1998.
6. BOURRILLON A. Guide de l'examen pédiatrique. In Pédiatrie pour le Praticien. A. Bourrillon eds, Masson, Paris, 2000 (3<sup>ème</sup> édition).
7. CHEVALIER B. ☐ BERNARDINI S., DIB S., LESPRIT E et al. Groupe de pédiatrie générale de la Société Française de Pédiatrie. Arch. Peditr. 2002, 9, suppl 2 ☐ 215-8.