



Les directives sur l'équipement minimal en vue des soins préhospitaliers en pédiatrie

A Cheng, D Hartfield; Société canadienne de pédiatrie, comité des soins aigus

English on page 173
Résumé en page 173

Depuis la publication de la première version du présent document de principes en 1994 (1), les soins préhospitaliers des enfants et des nouveau-nés sont devenus un service spécialisé unique au Canada. Par conséquent, la formation et les compétences du personnel paramédical se sont officialisées et spécialisées. Cependant, la responsabilité de dispenser des soins préhospitaliers pertinents et efficaces continue d'incomber aux autorités et organismes provinciaux. La plupart de ces organismes ont préparé des listes d'équipement précises pour les divers échelons de personnel paramédical. La responsabilité de ce service étant déléguée aux instances provinciales, on constate une variation nationale des directives sur l'équipement préhospitalier.

Les besoins en équipement du service ambulancier d'une région rurale et éloignée où le temps de transport risque d'être long diffèrent de ceux du service ambulancier d'un grand centre urbain. De plus, les besoins en équipement du personnel paramédical hautement formé, offrant des soins avancés ou aigus qui transportent des patients gravement malades diffèrent considérablement de ceux d'une équipe de soins immédiats en réanimation (2). Le présent document de principes indique l'équipement et les fournitures de base minimaux nécessaires pour transporter des nouveau-nés et des enfants. Certains articles sont intentionnellement omis (p. ex., moniteur cardiorespiratoire, liquides intraveineux) parce qu'ils ne correspondent pas aux exigences de formation de base du personnel paramédical au Canada.

La modification la plus importante aux présentes directives révisées consiste en l'ajout d'un défibrillateur externe automatisé (DEA) adapté aux enfants. Il est recommandé que les équipes de personnel paramédical qui ne se déplacent pas avec un défibrillateur utilisent le DEA, qui leur permettra d'amorcer le traitement pertinent s'ils observent le collapsus soudain d'un enfant. Ces enfants risquent d'avoir une fibrillation ventriculaire ou une tachycardie ventriculaire sans pouls et ont donc besoin d'une réanimation cardiopulmonaire immédiate ainsi que d'une défibrillation (3,4). À l'heure actuelle, les DEA peuvent être utilisés en toute sécurité et en toute efficacité auprès des enfants de moins de huit ans. Certains modèles de DEA comprennent un système d'électrodes et de câbles de dimension pédiatrique, et la dose d'énergie administrée est atténuée pour être mieux adaptée aux enfants de moins de huit ans (5,6). Ces caractéristiques font des DEA le choix idéal pour les dispensateurs de soins préhospitaliers. Il faut utiliser un DEA pour adulte muni d'un système d'électrodes et de câbles pour adultes chez les enfants de moins de huit ans si le système pédiatrique n'est pas accessible, de même que chez tous les enfants de plus de huit ans. Cette modification respecte les lignes directrices les plus à jour de l'*American Heart Association* et du Comité de liaison internationale sur la réanimation (5,6).

RECOMMANDATION

Au tableau 1 figurent l'équipement et les fournitures de réanimation minimaux nécessaires pour les nouveau-nés, les nourrissons

TABLEAU 1
Soins immédiats en réanimation – l'équipement et les fournitures de réanimation minimaux pour les nouveau-nés, les nourrissons et les enfants

Type d'équipement	Article	
Équipement pour les voies aériennes	Bonbonne d'oxygène et tubulure, ainsi que source d'humidité en vue des transports de longue durée	
	Canules buccales : calibres 0 à 5	
	Masques à oxygène : dimensions pour nouveau-né, pour nourrisson, pour enfant et pour adulte (masques sans réinspiration préférables)	
	Canules nasopharyngées : calibres 12F à 30F, ou calibres équivalents en mm	
	Sacs autogonflables munis d'un réservoir à oxygène : 250 mL, 500 mL et 1 000 mL	
	Masque autogonflable : dimensions pour prématuré, nouveau-né, nourrisson, enfant et adulte	
	Appareil d'aspiration portatif	
	Cathéters d'aspiration (flexibles et rigides) : calibres 5F à 14F	
	Surveillance et défibrillation	Défibrillateur externe automatisé muni, de préférence, d'électrodes de dimension pédiatrique permettant d'administrer des doses pédiatriques atténuées (à moins que l'ambulance soit déjà dotée d'un moniteur et d'un défibrillateur)
		Équipement d'immobilisation
Serviette ou couverture enroulée ou l'équivalent pour immobiliser la tête		
Collet de dégagement rigide : pour nourrisson, pour enfant, pour adulte de petite taille ou de taille moyenne		
Dispositifs d'immobilisation des fractures des membres supérieurs et inférieurs		
Dispositif de traction des membres inférieurs		
Contrôle des infections	Lunettes de protection	
	Protection ou masque facial, y compris le masque filtrant N95	
	Gants (de préférence sans latex)	
	Solution désinfectante ou nettoyant à mains	
Fournitures obstétriques et néonatales	Tampons d'alcool	
	Récipients à l'épreuve des perforations	
	Serviettes stériles	
	Gaze, rouleaux et éponges	
	Ruban ombilical et ruban adhésif	
	Ciseaux stériles	
	Poire d'aspiration	
	Clamp à cordon	
Gants stériles		
Couvertures, serviettes et bonnets		

suite page suivante

Correspondance : Société canadienne de pédiatrie, 2305, boulevard St Laurent, Ottawa (Ontario) K1G 4J8, téléphone : 613-526-9397, télécopieur : 613-526-3332, Internet : www.cps.ca, www.soinsdenosenfants.cps.ca

TABLEAU 1 (SUITE)
Soins immédiats en réanimation – l'équipement et les fournitures de réanimation minimaux pour les nouveau-nés, les nourrissons et les enfants

Type d'équipement	Article
Équipement divers	Stéthoscope
	Brassards de tension artérielle : dimensions pour nouveau-né, nourrisson, enfants et adulte
	Thermomètre (pouvant enregistrer une basse température)
	Solution saline stérile
	Gel lubrifiant
	Couvertures, serviettes et draps
	Gaze, rouleaux et éponges
	Pansements occlusifs et pansements pour brûlures
	Sachets froids et chauds
	Ruban adhésif
	Bandages élastiques
	Lampe de poche, ampoule et piles
	Ciseaux
	Garrot
	Ruban pour déterminer le poids et l'âge : bande Broselow*
	Bassin hygiénique et urinoir jetables

Adapté de la référence 2. *Armstrong Medical Industries Inc (États-Unis)

et les enfants. Tous les dispensateurs de soins préhospitaliers devraient acquérir une formation pertinente adaptée à la population pédiatrique avant d'utiliser l'équipement propre à cette population. Les services devraient instaurer des programmes d'amélioration de la qualité afin de s'assurer que l'équipement soit vérifié et entretenu régulièrement, que les dispensateurs maintiennent leurs compétences et que la qualité des soins soit évaluée. Ces normes s'imposent pour garantir des soins

COMITÉ DES SOINS AIGUS

Membres : Docteurs Adam Cheng, *British Columbia Children's Hospital, Vancouver (Colombie-Britannique)*; Catherine Farrell, *CHU Sainte-Justine, Montréal (Québec)*; Jeremy Friedman, *The Hospital for Sick Children, Toronto (Ontario)*; Marie Gauthier (représentante du conseil), *CHU Sainte-Justine, Montréal (Québec)*; Angelo Mikrogianakis (président), *Alberta Children's Hospital, Calgary (Alberta)*; Oliva Ortiz-Alvarez, *St Martha's Regional Hospital, Antigonish (Nouvelle-Écosse)*

Représentantes : Docteurs Claudette Bardin, *L'Hôpital de Montréal pour enfants, Montréal (Québec)* (Société canadienne de pédiatrie, section de la pédiatrie hospitalière); Laurel Chauvin-Kimoff, *L'Hôpital de Montréal pour enfants, Montréal (Québec)* (Société canadienne de pédiatrie, section de la médecine d'urgence pédiatrique); Dawn Hartfield, *université de l'Alberta, Edmonton (Alberta)* (Société canadienne de pédiatrie, section de la pédiatrie hospitalière)

Auteurs principaux : Docteurs Adam Cheng, *Vancouver (Colombie-Britannique)*; Dawn Hartfield, *Edmonton (Alberta)*

Les recommandations contenues dans le présent document ne sont pas indicatrices d'un seul mode de traitement ou d'intervention. Des variations peuvent convenir, compte tenu de la situation. Tous les documents de principes et les articles de la Société canadienne de pédiatrie sont régulièrement évalués, révisés ou supprimés, au besoin. Consultez la zone « Documents de principes » du site Web de la SCP (www.cps.ca/Francais/publications/Enonces.htm) pour en obtenir la version la plus à jour.

préhospitaliers uniformes et de qualité aux nourrissons et aux enfants du Canada.

CONCLUSION

Les présentes directives contiennent l'équipement minimal nécessaire pour dispenser une norme acceptable de soins préhospitaliers aux nouveau-nés et enfants malades du Canada. Les variations selon les régions et les services peuvent donner lieu à l'ajout d'autres fournitures et équipement, mais tous les systèmes canadiens de soins préhospitaliers devraient au moins posséder l'équipement exposé dans le présent document.

REMERCIEMENTS : Le comité de la pédiatrie communautaire de la Société canadienne de pédiatrie a révisé le présent document de principes. L'Association canadienne des médecins d'urgence l'a également approuvé.

RÉFÉRENCES

1. Société canadienne de pédiatrie, section de la pédiatrie d'urgence. Directive sur l'équipement minimum pour les soins pédiatriques préhospitaliers. *Canadian Journal of Paediatrics* 1994;1:128-9.
2. American College of Emergency Physicians (ACEP). ACEP Policy Statement. Equipment for Ambulances. <www.acep.org/workarea/downloadasset.aspx?id=8850> (consulté le 21 janvier 2011).
3. Mogayzel C, Quan L, Graves JR, Tiedeman D, Fahrenbruch C, Herndon P. Out-of-hospital ventricular fibrillation in children and adolescents: Causes and outcomes. *Ann Emerg Med* 1995;25:484-91.
4. Atkins DL, Jorgenson DB. Attenuated pediatric electrode pads for automated external defibrillator use in children. *Resuscitation* 2005;66:31-7.
5. Berg MD, Schexnayder SM, Chameides L et coll. Part 13: Pediatric Basic Life Support: 2010 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. *Circulation* 2010;122:S862-75.
6. Kleinman ME, Chameides L, Schexnayder SM et coll. Part 14: Pediatric Advanced Life Support: 2010 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. *Circulation* 2010;122:S876-908.