

2022-2023



RAPPORT ANNUEL

PARTAGE DES CONNAISSANCES
PÉDIATRIQUES EN URGENCE (TREKK)



Accès facile aux ressources de qualité pour les soins d'urgence pédiatrique.

TABLE DES MATIÈRES

À propos de TREKK	3
Message de la Direction	4
Qui sommes-nous?	5
Refonte du site web	6
Ressources en français	7
On se prépare à la saison des troubles respiratoires	9
Nouvelles ressources & outils pour professionnels de la santé	10
Mises à jour	11
En vedette : Ressource – L'acidocétose diabétique	12
Nouvelles ressources & outils pour parents et familles	14
En vedette : L'équipe des Provinces de l'Atlantique	16
Projets de recherche	18
Les ressources les plus téléchargées en 2022-23	20
Nous joindre	22
Donateurs et collaborateurs	23



[Click here for the English version of our 2022-2023 Annual Report](#)

À propos de TREKK

La plupart des enfants blessés ou atteints d'une maladie aiguë au Canada viendront en premier lieu à un service d'urgence qui ne fait pas nécessairement partie d'un hôpital pour enfants. Pour les professionnels de la santé dans ces milieux, la difficulté se situe plutôt au niveau des ressources et de la formation, qui ne sont pas toujours adéquates à la prestation des soins de qualité optimale. Le manque d'harmonisation implique des différences dans les soins de santé d'urgence pour les enfants à travers le pays. En 2011, le Réseau TREKK voit le jour dans le cadre de l'Initiative de mobilisation des connaissances des Réseaux de centres d'excellence du Gouvernement du Canada, pour combler ces lacunes critiques. TREKK est un réseau à but non lucratif, qui vise l'amélioration des soins pédiatriques aux Services d'urgence au Canada.



Message de la Direction

L'année 2022-23 témoigne de notre résilience face à la présence continue de la pandémie de la COVID-19. Nous sommes fiers de la promotion et de la diffusion par TREKK de nouvelles infographies et de courtes vidéos pour parents et familles, élaborées par nos partenaires *Translating Evidence in Child Health to Enhance Outcomes (ECHO)* et *Alberta Research Centre for Health Evidence (ARCHE)*. Ces infographies/vidéos comprennent, entre autres: *COVID-19 and Parenting a Child Who May Have COVID*; *COVID-19 and Vaccines for Children*; et *COVID-19 and your Child's Social World* (en anglais, v. fr. à venir). Plus de 217 000 personnes consultent cette année notre chaîne YouTube pour obtenir des renseignements fiables sur les soins de santé.

Il nous fait plaisir d'accueillir plusieurs nouveaux membres au Centre administratif et au Conseil d'administration (page 5). L'engagement et le travail assidu de notre personnel, des membres des divers comités, et des spécialistes qui ont contribué au contenu, nous ont permis d'élaborer et de mettre à jour des ressources et des outils en soins de santé sur huit thématiques (Status Epilepticus, Otite moyenne aiguë, Douleur procédurale, Prise en charge de la douleur, Traumatisme crânien sévère, Invagination intestinale, Anaphylaxie, Acidocétose diabétique). Nous retravaillons également notre site web pour mieux mettre en évidence les ressources disponibles. En même temps, nous dévoilerons notre nouveau branding ainsi que notre nouveau logo. Restez à l'écoute pour le lancement, fin 2023, d'un site web branché, simple à utiliser, et applicable aux appareils mobiles.

Nous sommes fiers de pouvoir offrir aux familles et aux professionnels de la santé des ressources et des outils gratuits, facilement accessibles, et fondés sur des données probantes. L'année à venir verra l'annonce de nouvelles ressources et le partage d'expérience acquise. Ensemble, nous pourrons améliorer les soins aux services d'urgence pour tous les enfants au Canada et ailleurs.



Doug Sinclair
Président du
Conseil
d'administration



Terry Klassen
Directeur



Lisa Hartling
Co-Directeur



Mona Jabbour
Co-Directeur



David Johnson
Co-Directeur



Lisa Knisley
Directeur
général



Shannon Scott
Co-Directeur

Qui sommes-nous?

Équipe administrative



Chelsea Bowkett
Coordinatrice,
Réseau



Megan Bale-Nick
Courtier de
connaissances



Mary-Anne Nurmi
Courtier de
connaissances



Savanna Lubimiv
(En congé)
Coordonnatrice des
communications



Mateja Carevic
(En congé) Courtier
de connaissances



Kristina Wakfer
Coordinatrice des
communications
par intérim

Membres du Conseil d'administration 2022/23

Dr Richard Fleet, Dr Terry Klassen, Dr Doug Sinclair, Dallas Smith, Dr Sharon Straus, Carrie Costello, Naomi Liu, Karen Thomson, Dr Stephen Freedman, Dr Peter Nickerson

[En savoir plus
sur les
membres du
Conseil](#)

Remerciements et bienvenue!

Nous tenons à remercier Dr Stephen Freedman de l'*Alberta Children's Hospital* et Dr Peter Nickerson de l'Université du Manitoba pour leur temps et leur soutien inestimable au sein de notre Conseil d'administration. Ils ont tous deux quitté le Conseil en octobre 2022.

Nous souhaitons la bienvenue au Dr Brett Burstein de l'Hôpital de Montréal pour enfants et du *Pediatric Emergency Research Canada* (PERC) au Conseil d'administration cette année. Bienvenue à notre équipe, Dr Burstein!



Dr Brett Burstein

Le saviez-vous? Plus de 100+ membres du comité et spécialistes contribuent au contenu et à l'élaboration de nos ressources. Cliquez sur les liens ci-dessous pour en savoir plus :

[Liste complète de nos spécialistes sur le contenu](#)

[Membres du Comité consultatif sur la mobilisation des connaissances](#)

[Membres du Comité directeur](#)

[Membres du Comité éditorial](#)

Refonte du site web

Cette année marque la collaboration de TREKK avec *The Hatchery*, agence de création de sites web et de branding. Notre nouveau site web TREKK se démarquera par sa convivialité, son approche intuitive, son design, sa mise en page moderne, et son accès facile par les appareils mobiles.

Notre nouveau site web ainsi que notre logo et notre image de marque actualisés devraient être lancés d'ici la fin de 2023. Pour faciliter la transition, nous mettrons à la disposition de tous un guide d'utilisation expliquant comment ajouter un raccourci sur votre téléphone mobile pour avoir un lien direct aux ressources TREKK.



Ressources en français

RECOMMANDATIONS DE BASE

Anaphylaxie



L'anaphylaxie est une réaction d'hypersensibilité sévère, d'apparition rapide, et possiblement mortelle.¹ L'incidence de l'anaphylaxie est la plus élevée chez les enfants et les adolescents. Les trois principaux déclencheurs de l'anaphylaxie sont les aliments, les piqûres d'insectes, et les médicaments. Au Canada, l'allergie alimentaire représente environ une visite à l'urgence toutes les 10 minutes.² Chez l'enfant, certains aliments, soit les arachides, les noix, et le lait, déclenchent jusqu'à 80 % des réactions.³

Voir l'[Algorithme TREKK sur l'anaphylaxie](#) pour le traitement émergent et le dosage des médicaments.

RECOMMANDATIONS DE BASE

Traumatisme crânien sévère



L'enfant qui présente à l'urgence avec un **score ≤ 8** sur l'Échelle de coma de Glasgow (GCS) ([bébé/enfant](#)) est considéré avoir un traumatisme crânien sévère, dont les lésions sont souvent visibles à la neuroimagerie. Si les blessures sont la principale cause de décès chez l'enfant d'âge > 1 an, les traumatismes crâniens sont la cause de décès et d'invalidité la plus importante à tout âge.¹

Considérations pédiatriques

RECOMMANDATIONS DE BASE

Invagination intestinale



L'invagination intestinale (ou intussusception) se produit lorsqu'un segment d'intestin pénètre à l'intérieur d'un segment adjacent de l'intestin, souvent par la valvule iléo-colique (la jonction entre l'intestin grêle et le côlon). Le processus occlut l'apport sanguin et pourrait évoluer en ischémie tissulaire, allant jusqu'à la nécrose/perforation. La cause est généralement idiopathique, mais pourrait être causée par différentes pathologies.

L'invagination est l'urgence abdominale la plus fréquente chez les enfants en bas âge. Dans la majorité des cas (80 %), l'enfant est âgé de moins de 2 ans, le plus fréquemment d'âge 5-10 mois.¹ Très rarement, l'invagination survient dans les 7 jours suivant le vaccin contre le rotavirus (1-3 cas par 100,000 vaccinations).²

Ensemble avec Dr Laurence Baril, nous avons discuté l'importance d'avoir toutes les ressources TREKK traduites en français. Dr Laurence Baril est urgentologue au CHU de Québec-Université Laval. Dès son plus jeune âge, Dr Baril montre un intérêt marqué pour la médecine et la médecine d'urgence, particulièrement parce que toute médecine fusionne l'interaction humaine et la science. Dr Baril bénéficie également de plusieurs mentors importants en médecine d'urgence.

Dévouée à l'amélioration des soins de santé, Dr Baril obtient un fellowship d'un an en pédagogie médicale à l'Université Queens à Kingston (Ontario). L'esprit de la transparence médicale, et l'accent que met Dr Baril sur l'importance de la recherche et de l'élaboration de meilleures ressources, se reflètent directement dans son travail pour TREKK. Sa passion pour la créativité et l'enseignement provient de sa volonté de devenir elle-même meilleure médecin. Pour Dr Baril, l'enseignement et le partage des connaissances sont essentiels à la prestation des soins de qualité. Elle espère que ce partage des connaissances permettra aux professionnels de la santé de mieux comprendre les besoins du patient et d'optimiser leur soutien médical et émotionnel.

Ressources en français



Dr Laurence Baril



Dr Matthieu Vincent



Dr Ariane Boutin



Si les professionnels de la santé dans les hôpitaux à travers le Canada ont accès aux ressources TREKK, il s'en suit que ces ressources devraient être également disponibles en français. Dr Laurence Baril, ainsi que Dr Matthieu Vincent et Dr Ariane Boutin, tous deux du CHU Sainte-Justine à Montréal (Québec), prêtent leur expertise à la révision finale des ressources traduites par une professionnelle en rédaction scientifique et médicale, pour s'assurer de l'actualité de la terminologie utilisée au quotidien entre médecins, patients, et familles.

Avec des subventions adéquates, Dr Baril souhaiterait impliquer plus de médecins dans le processus de la traduction. Elle aimerait pouvoir visiter les services d'urgence pour partager les outils TREKK, animer des ateliers pédagogiques pour en assurer la clarté, et recevoir des rétroactions sur l'utilisation de ces ressources afin de pouvoir les améliorer.

Nous remercions de tout cœur les Drs Baril, Vincent et Boutin pour leurs contributions à la disponibilité des ressources TREKK aux professionnels de la santé francophones. Leur temps et leur expertise ont un impact important et toujours apprécié par TREKK. Merci de votre travail et de votre dévouement à l'amélioration des soins de santé.

On se prépare

La saison des troubles respiratoires

La saison des troubles respiratoires est arrivée. Nous avons toute une série de mises à jour pour les professionnels de la santé. Restez également à l'écoute pour nos nouvelles ressources (à venir sous peu) sur la pneumonie et la détresse respiratoire. Nous vous invitons à [vous inscrire pour recevoir des avis par courriel](#).

RECOMMANDATIONS DE BASE



Crise d'asthme

Chez l'enfant d'âge ≥ 12 mois

Environ un tiers des enfants qui se présentent à l'urgence avec une crise d'asthme sont en détresse respiratoire modérée; moins de 5 % sont en crise sévère. Pour la prise en charge urgente, voir l'Algorithme pédiatrique – Crise d'asthme sévère. Dans certaines provinces, la prise en charge est sensiblement différente, dont l'utilisation du score PRAM et le traitement. Cliquez sur le lien approprié ci-dessous pour plus de détail : [Alberta](#) [Colombie-Britannique](#) [Ontario](#) [Québec \(Sainte-Justine\)](#)

Déterminer la sévérité de la crise d'asthme

- » L'utilisation du [Score PRAM \(Pediatric Respiratory Assessment Measure\)](#) aide à déterminer la sévérité de la détresse respiratoire chez l'enfant en crise. Fondé sur des données probantes, le PRAM optimise le choix de médicaments et diminue le taux d'hospitalisation.¹
- » Quel que soit le score PRAM, l'enfant qui présente une léthargie, cyanose, diminution de l'effort respiratoire, et/ou augmentation du pCO₂ doit être considéré en état d'insuffisance respiratoire imminente. Consulter le Centre de référence pédiatrique.

Consultez ici nos [Recommandations de base sur les Crises d'asthme](#). Un grand merci aux spécialistes sur le contenu, Dr David Johnson (*Alberta Children's Hospital*) et Dr Jennifer Turnbull (McGill & l'Hôpital de Montréal pour enfants).

RECOMMANDATIONS DE BASE



La bronchiolite

La bronchiolite est une maladie virale courante, causée en grande partie par le virus respiratoire syncytial (RSV). La saison commence typiquement en fin d'automne et continue pendant les mois d'hiver. La bronchiolite affecte particulièrement les enfants de moins de 2 ans, surtout les nourrissons de moins de 12 mois.

La bronchiolite est caractérisée par une inflammation aiguë des voies respiratoires; œdème et nécrose des cellules épithéliales des bronches de petit calibre (bronchioles); bronchospasme; et augmentation des sécrétions muqueuses.

Les signes et symptômes cliniques incluent : écoulement nasal, toux, sibilances, crépitations, effort respiratoire, et fièvre.

Les facteurs de risque pour une bronchiolite sévère, par rapport au patient, incluent : âge moins de 2 mois, naissance prématurée, et pathologie cardiorespiratoire ou déficit immunitaire sous-jacent.¹

Diagnostic

- » Le diagnostic de la bronchiolite est basé sur l'anamnèse et l'examen physique.
- » Le diagnostic est en général posé pour un premier épisode de sibilances en hiver chez un enfant de moins de 24 mois.
- » Les tests de laboratoire et la radiographie pulmonaire de routine ne sont **PAS** utiles au diagnostic ni à la prise en charge de la bronchiolite. La radiographie pulmonaire est associée à l'utilisation inappropriée des antibiotiques.²
- » Les tests viraux par PCR doivent être utilisés **uniquement** afin d'établir des cohortes pour l'hospitalisation. Considérer un test rapide pour l'influenza si le patient est à risque élevé et qu'il pourrait bénéficier d'un traitement antiviral.³ Suivre les politiques locales de dépistage pour la COVID-19 selon la Santé publique.
- » Pour le nouveau-né et le nourrisson d'âge 0-60 jours avec une bronchiolite fébrile, consulter les [Recommandations TREKK : Fièvre – Nouveau-nés et nourrissons](#).

Consultez ici nos [Recommandations de base sur la Bronchiolite](#). Un grand merci aux spécialistes sur le contenu, Dr Amy Plint (Centre hospitalier pour enfants de l'est de l'Ontario (CHEO) & l'Université d'Ottawa) et Dr Gabrielle Freire (*The Hospital for Sick Children (SickKids)* & l'Université de Toronto).

RECOMMANDATIONS DE BASE



Laryngite aiguë

La laryngite (croup, faux croup) est la cause la plus fréquente d'obstruction des voies respiratoires supérieures chez l'enfant. Elle se manifeste par une toux aboyante avec ou sans stridor, typiquement chez les enfants âgés de 6 mois à 5 ans, le pic étant à l'âge de 2 ans. Chez l'enfant avec des symptômes sévères qui répond peu ou transitoirement au traitement, considérer d'autres pathologies telles que la trachéite bactérienne, l'épiglottite, ou l'abcès rétro-pharyngé.

- » La radiographie est rarement nécessaire pour confirmer le diagnostic de laryngite.
- » Parce que les symptômes de la laryngite sont dus à une infection virale, les antibiotiques ne sont **pas** efficaces.
- » Administrer une seule dose de **dexaméthasone** par voie orale (PO) de 0,15 à 0,6 mg/kg (MAX 12 mg/dose) à TOUT enfant qui présente une laryngite aiguë à l'urgence.
- » Minimiser l'interaction et laisser l'enfant dans une position confortable (ex. sur les genoux du parent), l'agitation pouvant précipiter une détresse respiratoire importante.

Consultez ici nos [Recommandations de base sur la Laryngite aiguë](#). Un grand merci aux spécialistes sur le contenu, Dr Georgina Eagleson (McGill & l'Hôpital de Montréal pour enfants), Dr David Johnson (*Alberta Children's Hospital*), et Dr Jennifer Turnbull (McGill & l'Hôpital de Montréal pour enfants).

Nouvelles ressources & outils

Pour les professionnels de la santé

Le saviez-vous? Toutes nos ressources sont révisées par un comité de pairs. Ce comité éditorial pancanadien comprend des pédiatres urgentologues, infirmier(e)s, pharmacien(ne)s, et chercheurs. Le processus d'élaboration des ressources inclut aussi la revue des données probantes, sous la direction de Dr Lisa Hartling (Alberta Research Centre for Health Evidence, ARCHE).

Merci aux pharmaciennes Danica Irwin (CHEO) et Tracy Furst (HSC Winnipeg Children's Hospital) pour leur temps, leur expertise, et leurs efforts à l'élaboration du cahier de dosage des médicaments. Nous tenons aussi à remercier Dr Mona Jabbour (CHEO) et Dr Darcy Beer (HSC Winnipeg Children's Hospital) pour leurs conseils et leur dévouement à ce projet.

TREKK a récemment effectué une mise à jour du cahier de dosage des médicaments. Pour plus d'information, veuillez envoyer un courriel à trekk@chrom.ca.

La plupart de nos ressources sont disponibles en français. Voir trekk.ca.

Consultez toutes les ressources pour professionnels de la santé sur notre [site web](http://trekk.ca).



Mises à jour

Mille mercis à tous les spécialistes qui ont contribué au contenu de nos ressources, à la fois nouvelles et mises à jour.

Status Epilepticus

Dr Katherine Muir & Dr Sarah Buttle (CHEO); Dr Manish Shah (*Texas Children's Hospital*)

Otite moyenne aiguë

Dr Nicole Le Saux (CHEO)

Douleur procédurale & Prise en charge de la douleur

Dr Samina Ali (*University of Alberta*), Dr Amy Drendel (*Children's Wisconsin Emergency Department and Trauma Center, Medical College of Wisconsin*), Dr Corrie Chumpitazi (*Baylor College of Medicine, Texas Children's Hospital*), Dr Naveen Poonai (*Schulich School of Medicine & Dentistry, Child Health Research Institute, Western University*)

Traumatisme crânien sévère

Dr Suzanne Beno (*The Hospital for Sick Children, University of Toronto*), Dr Joe Nemeth (*Université McGill, Hôpital général de Montréal, Hôpital de Montréal pour enfants*)

Invagination intestinale

Dr Blake Bulloch (*Phoenix Children's Hospital*), Dr Zebulon Timmons (*Children's Nebraska*)

Anaphylaxie

Dr Waleed Alqurashi (CHEO), Dr Anne Ellis (*Kingston General Hospital*)

Acidocétose diabétique

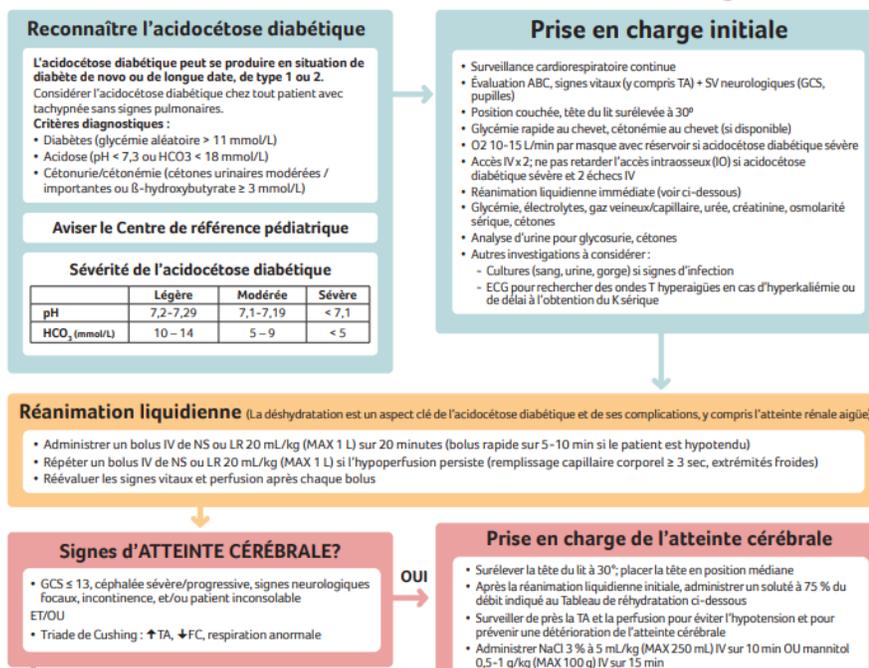
Dr Sarah Reid (CHEO, Université d'Ottawa), Dr Karen Gripp (*HSC Winnipeg Children's, University of Manitoba*), Dr Sarah Lawrence (CHEO, Université d'Ottawa)

En vedette : Ressource

L'acidocétose diabétique

Nous avons mis à jour [les ressources TREKK sur l'acidocétose diabétique](#) pour refléter les nouvelles lignes directrices canadiennes et internationales. Ces ressources sont claires et concises et s'adressent directement aux professionnels de la santé aux soins d'urgence.

Acidocétose diabétique pédiatrique – Algorithme



Messages clés de la mise à jour :

- La déshydratation est un élément clé de la pathophysiologie de l'acidocétose diabétique.
- Tout patient en acidocétose diabétique doit recevoir un bolus intraveineux (IV) de sérum salé (NS) ou de lactate de Ringer (LR) de 20 mL/kg IV sur 20 minutes en début de traitement. À répéter si l'hypoperfusion persiste.
- La réanimation liquidienne doit tenir compte du poids du patient et du déficit liquidien, le débit allant jusqu'à 500 mL/h max.
- Tout patient en acidocétose diabétique est à risque d'atteinte cérébrale avant et pendant le traitement, surtout si l'acidocétose est sévère. Surveiller tout patient en acidocétose diabétique pour les signes d'une atteinte cérébrale et suivre l'Algorithme TREKK sur l'Acidocétose diabétique.

En vedette : Ressource

L'acidocétose diabétique

Dr Sarah Reid et Dr Karen Gripp ont effectué la mise à jour des ressources sur l'acidocétose diabétique pour refléter les nouvelles lignes directrices et pour souligner les différences importantes entre la prise en charge chez l'enfant et chez l'adulte. Le but était de créer des ressources qui pourraient aider les professionnels de la santé à se sentir plus confiants en soins d'urgence dans leurs choix de traitements/soins.

Dr Sarah Reid est professeure adjointe à l'Université d'Ottawa, aux Services de Pédiatrie et d'Urgence. Elle est pédiatre urgentologue au Centre hospitalier pour enfants de l'est de l'Ontario (CHEO).



« Après des années de restriction hydrique par mesure de précaution, on s'est rendu compte que la déshydratation jouait un rôle majeur dans la pathophysiologie de l'acidocétose diabétique. Il s'agit donc d'un changement significatif à la prise en charge. »

Dr Karen Gripp est pédiatre urgentologue. Elle est professeure adjointe à l'Université du Manitoba, et Chef de l'Unité de la médecine d'urgence au *Health Sciences Centre Children's Hospital (HSC Children's)*.



« On est toujours en apprentissage en ce qui concerne l'acidocétose diabétique. De petits changements font parfois une énorme différence. Le patient en acidocétose diabétique a besoin de réhydratation importante et on peut maintenant la lui offrir sans peur d'exacerbation. »

Nouvelles ressources & outils

Pour parents et familles

TREKK collabore avec de nombreux organismes, chercheurs, professionnels de la santé, et parents au Canada pour offrir les meilleures ressources possibles aux parents dont les enfants ont des problèmes de santé. TREKK offre aux parents et aux familles des renseignements pertinents, utiles, fondés sur des données probantes, et à jour.

En décembre 2022, nos partenaires *Translating Evidence in Child Health to Enhance Outcomes (ECHO)* et l'*Alberta Research Centre for Health Evidence (ARCHE)* ont lancé 3 nouvelles infographies et 3 petites vidéos pour parents et familles sur la pandémie de la COVID-19.

Ces ressources incluent les infographies et vidéos suivantes :

- *COVID-19 and Parenting a Child Who May Have COVID*
- *COVID-19 and Vaccines for Children*
- *COVID-19 and your Child's Social World*
 - En anglais, v. fr. à venir

Ces ressources sont subventionnées par les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) et par les dons de la fondation *Stollery Children's Hospital Foundation* au *Women and Children's Health Research Institute*.

TREKK est fier de pouvoir aider ECHO et ARCHE à distribuer et à promouvoir ces ressources importantes et utiles à nos lecteurs. Elles se trouvent à la fois sur notre site web et sur celui d'ECHO.



Nouvelles ressources & outils

Pour parents et familles

Dr Lisa Hartling (*Alberta Research Centre for Health Evidence, ARCHE*) et Dr Shannon Scott (*Translating Evidence in Child Health to Enhance Outcomes, ECHO*) se sont impliquées pleinement à la réalisation de ressources pour parents, pour aider les familles à comprendre et à surmonter les troubles courants chez l'enfant. Ensemble avec des groupes consultatifs de familles et de parents, Drs Hartling et Scott ont élaboré 9 nouveaux outils en 2022-23 : 3 infographies et 3 courtes vidéos sur la COVID-19; une infographie et une petite vidéo sur les fractures; et une infographie sur la douleur chronique. Elles ont aussi mis à jour 2 outils (courte vidéo et infographie) sur l'otite moyenne aiguë pour refléter les dernières évidences, ainsi qu'une infographie sur les visites à l'urgence.

Cliquez ici pour obtenir plus d'information sur leurs recherches et les outils pour parents. Pour lire leurs publications sur le co-développement d'outils pour parents, sur la création de groupes consultatifs de parents/familles, et sur les adaptations culturelles des outils pour parents, voir le site web ECHO.



Dr Shannon Scott



Dr Lisa Hartling

Les vidéos pour parents sur la chaîne TREKK de YouTube ont été visionnées plus de 217 999 fois en 2022/2023.

Voir la chaîne TREKK sur YouTube.

Partager les outils TREKK avec les parents de vos patients!

Nous avons toute une gamme de ressources disponibles, y compris des affiches et des aimants. Pour commander, veuillez SVP communiquer avec le bureau d'administration TREKK.



En vedette : L'équipe des Provinces de l'Atlantique

Reconnaître l'importance des ressources TREKK et le besoin qu'éprouvent les familles et les cliniciens non-pédiatres d'avoir sous la main ce genre de ressources, c'est cela qui motive nombreuses gens à participer au Réseau TREKK. Eleanor Fitzpatrick est membre enthousiaste depuis le début. Dans sa carrière d'infirmière au Service des urgences pédiatriques, souvent elle fut témoin de cliniciens qui hésitaient à prendre en charge des enfants parce qu'eux-mêmes n'étaient pas pédiatres. Pour Eleanor Fitzpatrick, TREKK sert de passerelle : via nos ressources complètes, TREKK aide à alléger le doute et l'anxiété au Service de l'urgence.



Dr Shannon MacPhee



Eleanor Fitzpatrick

De ce fait, Eleanor Fitzpatrick (Coordinatrice TREKK, Provinces de l'Atlantique) et Dr Shannon MacPhee (Chef du node TREKK, Provinces de l'Atlantique) visitent les hôpitaux des régions des Maritimes, avec plusieurs professionnels du Service de l'urgence de Dalhousie IWK Health Centre. Elles y offrent une journée complète de formation (simulations comprises), avec présentations sur le Réseau et les ressources TREKK. Elles ont également réalisé, grâce à un don généreux, 3 vidéos pour parents et familles, disponibles en 4 langues – anglais, français, arabe, et Mi'kmaq :

- [Maladie Main, Pied, Bouche](#)
- [Sédation procédurale](#)
- [Convulsion fébrile](#)

En vedette : L'équipe des Provinces de l'Atlantique

Motivée par le récent décès dû à la méningite de trois étudiants universitaires en Nouvelle-Écosse, entre autres le jeune Kai Matthews (19 ans), l'équipe TREKK des Provinces de l'Atlantique crée un ensemble de ressources pédiatriques sur la méningite – pour cliniciens, familles, et la communauté. Pour les cliniciens, il y a des outils pour reconnaître les signes précoces de la méningite, un guide de prise en charge fondé sur des données probantes, des recommandations du base, un podcast, et des modules de formation. Pour la communauté, il y a des informations d'ordre général sur la méningite; et pour les familles à l'urgence, une vidéo qui explique la prise en charge des enfants chez qui on soupçonne la méningite.

Tout au long du projet, les fondations *IWK Foundation* et *Thistledown Foundation* ont soutenu l'élaboration et l'amélioration des ressources sur la méningite. Le don généreux de la fondation Thistledown, facilité par la fondation IWK, a joué un rôle déterminant à la réalisation de ces ressources essentielles. Nous en sommes reconnaissants et nous remercions de tout cœur les fondations *IWK Foundation* et *Thistledown Foundation* pour leur soutien continu à ce travail important.

RECOMMANDATIONS DE BASE

Méningite



Les entérovirus représentent la cause la plus fréquente de méningite pédiatrique. Les méningites bactériennes sont moins fréquentes et 90 % des cas surviennent chez les enfants de moins de 5 ans. Le taux de mortalité de la méningite bactérienne est de 20 % chez le nourrisson et de 2 % chez l'enfant plus âgé; à peu près un-tiers des survivants auront des séquelles neurologiques. Le diagnostic et la prise en charge précoces sont associés à un meilleur pronostic. La méningite virale est un diagnostic d'exclusion.

- » L'enfant avec vaccination incomplète est à risque plus élevé d'infection à *N. meningitidis*, *S. pneumoniae*, et *H. influenzae*.
- » La méningite associée à la maladie de Lyme est à considérer (dans les endroits endémiques) et doit être recherchée en présence d'une exposition aux tiques, d'un érythème migrant, ou d'une paralysie faciale.
- » Le paréchéovirus, le virus herpès simplex (HSV), le virus varicella-zoster et les arbovirus sont plus souvent associés à l'encéphalite.

Caractéristiques cliniques



Il est difficile de poser le diagnostic de méningite chez le nourrisson, car les symptômes ressemblent à ceux des autres maladies virales.

- » **Nourrisson** : La fièvre ou l'hypothermie peuvent être les seuls signes chez le nouveau-né; la léthargie progressive, l'irritabilité (souvent pire au touché), les pleurs inconsolables, la fontanelle bombée, le manque d'appétit, l'hyper/hypotonie, les vomissements, la diarrhée, et/ou les convulsions peuvent être présents.
- » **Enfant/Adolescent** : La triade classique de fièvre, raideur de la nuque, et céphalée se retrouve dans **moins de la moitié des cas de méningite pédiatrique**.
 - » Symptômes : symptômes systémiques similaires à ceux du nourrisson, céphalée, état de conscience altéré, photophobie, et/ou nausée.
 - » Signes : raideur de la nuque (« *likelihood ratio* » (rapport de vraisemblance, RV) pour la méningite confirmée 4,00 [2,6–6,3]), signe de Kernig (RV 3,50 [2,1–5,7]), et signe de Brudzinski (RV 2,50 [1,8–3,6]).² L'absence de signe **n'exclue pas** la méningite.

Projets de recherche

Transfert des connaissances à l'action

Les soins d'urgence pédiatrique pendant la pandémie de la COVID-19

Ce projet, *Knowledge to Action in Pediatric Emergency Care during the COVID-19 Pandemic*, est financé par les [Instituts de recherche en santé du Canada \(IRSC\)](#). Il rassemble des chercheurs internationaux en pédiatrie, des parents, et des professionnels de la santé en soins d'urgence afin de partager les dernières informations sur la COVID-19 et sur l'impact global de la COVID.

Utilisant des méthodes qualitatives et quantitatives (sondages), l'étude se penche sur les préférences et besoins d'information des professionnels de la santé. Ce faisant, nous avons réalisé la mise à jour de 6 ressources ([Bronchiolite](#), [Laryngite aiguë](#), [Acidocétose diabétique](#), [Asthme](#), [Interventions médicales générant des aérosols](#), et [COVID-19](#)) ainsi que l'élaboration de 4 nouvelles ressources (Détresse respiratoire, Pneumonie, Troubles alimentaires, et Troubles d'anxiété).

Parmi les ressources nouvelles et actualisées, plusieurs seront évaluées à l'aide de sondages en ligne et d'interviews auprès des professionnels de la santé, afin de mieux capter leur utilisation.

FICHE D'INFORMATION

À l'intention des professionnels de la santé à l'urgence



Interventions médicales générant des aérosols

Mai 2023

Qu'est-ce qu'une intervention médicale générant des aérosols (IMGA)?

Une intervention médicale générant des aérosols (IMGA) est une procédure qui risque de produire des bioaérosols lors d'une manipulation des voies respiratoires chez une personne infectée.¹ Ces manipulations augmentent le risque de transmission virale (incluant celle du virus SARS-CoV-2). Ce phénomène dépend, soit de la surcharge d'aérosols respiratoires produits par le patient, soit du fait que le virus se répand sur une plus grande distance que par dispersion naturelle.²

Quelles sont les procédures considérées IMGA?

Il y a débat dans la littérature sur ce qui constitue une IMGA. Les connaissances actuelles proviennent principalement d'études expérimentales en laboratoire ou d'études réalisées pendant les épidémies du Syndrome Respiratoire Aigu Sévère (SRAS), du H1N1, et de la COVID-19 (SARS-CoV-2). Les données probantes continuent d'évoluer.

Les parents et les jeunes ont également mis en lumière les renseignements qu'ils aimeraient recevoir de leur prestataire de soins.

Nous cherchons à améliorer l'aisance avec laquelle les professionnels de la santé prennent en charge les enfants aux soins d'urgence. Les résultats de cette recherche seront disponibles dans le courant de l'année à venir.

RECOMMANDATIONS DE BASE



Acidocétose diabétique

L'acidocétose diabétique est une complication grave d'un diabète de type 1 ou de type 2, qu'il soit *de novo* ou de longue date. La déshydratation et les perturbations métaboliques liées à l'acidocétose diabétique sont traitées par réanimation liquidienne, perfusion d'insuline, et une surveillance étroite de l'état neurologique, métabolique et liquidien. Il est **impératif** de traiter les cas pédiatriques à l'aide d'un protocole adapté (voir l'[Algorithme TREKK sur l'acidocétose diabétique pédiatrique](#)), en communication étroite avec un spécialiste en diabète pédiatrique.

Diagnostic et sévérité

- » Diabète (*de novo* ou de longue date) : glycémie aléatoire > 11 mmol/L ET
- » Acidose : pH < 7,3 ou HCO₃ < 18 mmol/L sur gaz veineux ou capillaire ET
- » Cétonurie/cétonémie : cétones urinaires modérées/importantes ou β-hydroxybutyrate ≥ 3 mmol/L

	Sévérité de l'acidocétose diabétique		
	Légère	Modérée	Sévère
pH	7,2 à 7,29	7,1 à 7,19	< 7,1
HCO ₃ (mmol/L)	10 à 17	5 à 9	< 5

Projets de recherche

Préparation à une urgence pédiatrique

Dr Aregbesola (Université du Manitoba) dirige une équipe de recherche qui travaille avec les services d'urgence pour évaluer et améliorer l'état de préparation à une urgence pédiatrique. Ceci comprend également l'accès aux outils et aux ressources du Réseau TREKK. Une étude randomisée et contrôlée a débuté sur 17 sites au Manitoba.

En savoir plus sur l'étude.

Fédération Métisse du Manitoba (*Manitoba Métis Federation*)



Il nous fait plaisir de collaborer avec notre partenaire, *Manitoba Métis Federation*, sur un projet visant à aider les familles des Métis de la Rivière-Rouge (*Red River Métis*) à accéder à du matériel utile et approprié lors des soins de santé d'urgence pour leurs enfants. Nous avons consulté les parents et les Aînés au Manitoba et ensemble, nous adapterons certains de nos outils existants pour parents pour mieux répondre à leurs besoins et à leurs préférences.

Pour plus de renseignements, voir notre examen de la portée (« *scoping review* ») publié dans *BMJ Open*. Nos résultats d'étude serviront aussi à informer le groupe de travail *Cultural Adaptations Methods Working Group*, subventionné par les IRSC et dirigé par les Drs Sarah Elliot, Lisa Hartling et Shannon Scott de l'Université de l'Alberta.

POPCORN – Amélioration des résultats en pédiatrie par la coordination des réseaux de recherche (*Pediatric Outcome imProvement through COordination of Research Networks*)

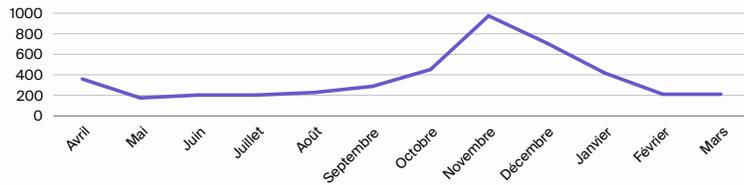


POPCORN rassemble des chercheurs, des cliniciens, des décideurs, et des patients partenaires pour former une plateforme de recherche pédiatrique pancanadienne et répondre à des questions importantes en matière de santé infantile.

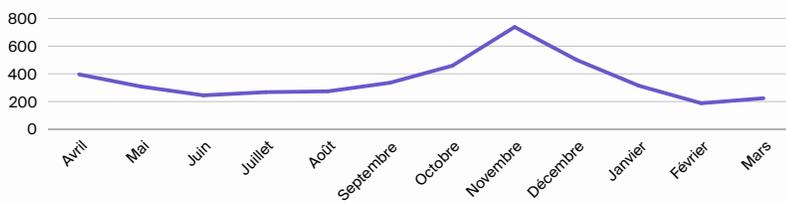
Nous sommes fiers de faire partie de POPCORN et d'encadrer le pilier sur la mobilisation des connaissances. L'an passé au sein du pilier, nous avons travaillé en collaboration avec l'équipe d'engagement des patients, avec les utilisateurs de connaissances (ex. l'Agence de la santé publique du Canada (PHAC)), les chefs de projets, et le centre de coordination (*Maternal Infant Child and Youth Research Network (MICYRN)*) pour établir un réseau de réponse rapide, que ce soit une pandémie ou une situation d'urgence médicale. Nous développons à présent un plan de communication pour mettre en contact chercheurs et utilisateurs de connaissances (partenaires-patients et décideurs) afin d'identifier les priorités de recherche, formuler les questions de recherche, interpréter les résultats, et partager les nouvelles avancées.

Établie en réponse à la COVID-19, la plateforme servira d'infrastructure à la toute préparation d'urgence telle une future pandémie. Pour plus de renseignements, contacter POPCORN.

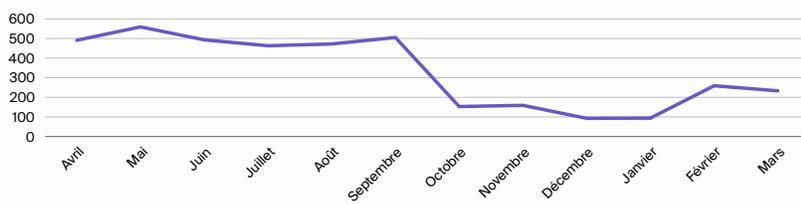
Les ressources les plus téléchargées en 2022-23



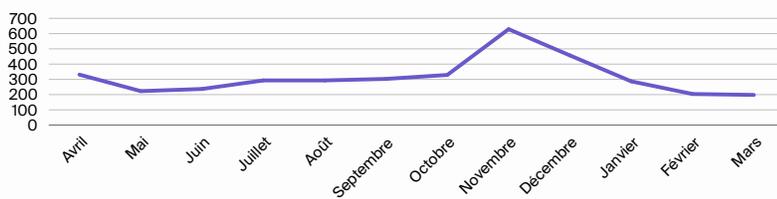
+4 400 téléchargements
Recommandations de base
Bronchiolite



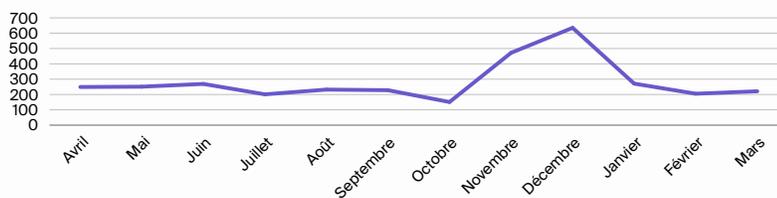
+4 200 téléchargements
Recommandations de base
Laryngite aiguë



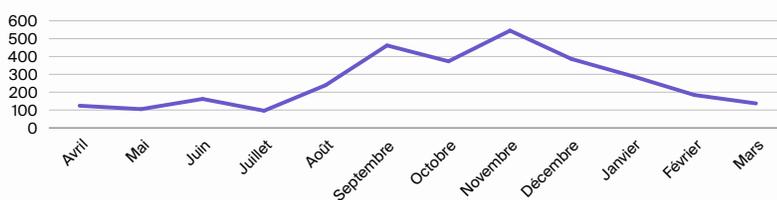
+3 900 téléchargements
Recommandations de base
Acidocétose diabétique



+3 700 téléchargements
Recommandations de base
Fièvre



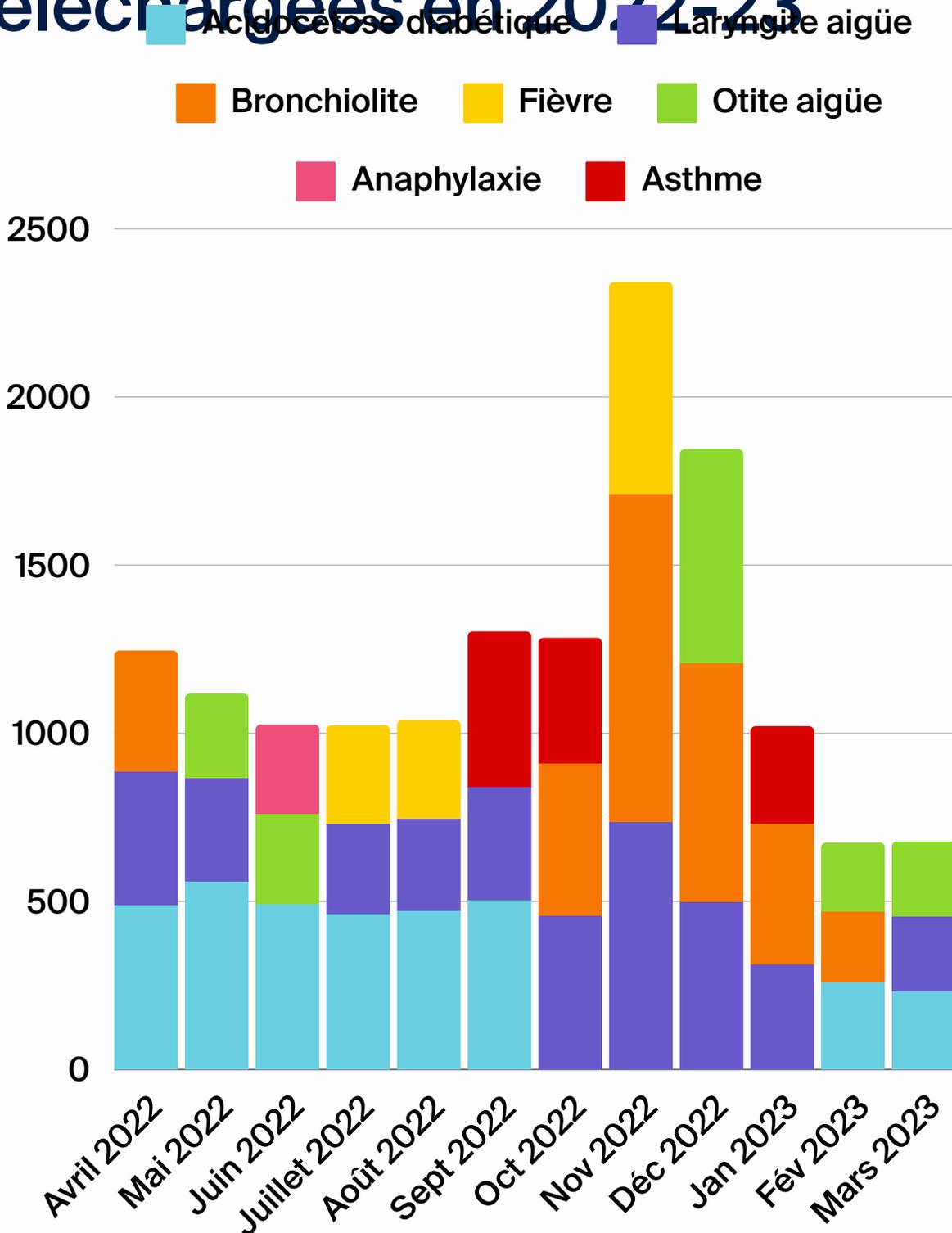
+3 300 téléchargements
Recommandations de base
Otite moyenne aiguë



+3 000 téléchargements
Recommandations de base
Crises d'asthme

Voir toutes les ressources TREKK pour professionnels de la santé sur [notre site web](#).

Les ressources les plus téléchargées en 2022-23



Voir toutes les ressources TREKK pour professionnels de la santé sur [notre site web](#).

Nous joindre



Suivez-nous sur nos réseaux sociaux @trekkca



Téléchargez les ressources TREKK (plus de 37 460 téléchargements cette année)



Visitez notre site web : trekk.ca (plus de 52 530 visites cette année)



Abonnez-vous à notre infolettre, restez au courant des nouvelles ressources



Informez-vous sur nos stages (7 stagiaires ont travaillé avec nous en 2022/23)



Envoyez-nous un courriel à trekk@chrim.ca



Merci à nos nombreux donateurs et collaborateurs

Alberta Children's Hospital Research Institute
 Alberta Health Services
 Alberta Research Centre for Health Evidence
 Ann & Robert H. Lurie Children's Hospital of Chicago
 Association canadienne des médecins d'urgence
 Association nationale des infirmières et infirmiers d'urgence
 Baylor College of Medicine
 BC Children's Hospital
 Centre Hospitalier Universitaire Sainte-Justine
 Children's Hospital of Eastern Ontario
 Children's Hospital of Eastern Ontario Research Institute
 Cochrane Child Health
 Emergency Medicine Cases
 EMSC Innovation and Improvement Centre
 George & Fay Yee Centre for Healthcare Innovation
 Hôpital de Montréal pour enfants
 Hôpital du Sacré-Coeur-de-Montréal
 Hôpital Maisonneuve-Rosemont
 HSC Winnipeg Children's Hospital
 Huron Perth Health Alliance
 Izaak Walton Killam Health Centre
 Janeway Children's Health
 London Health Sciences Centre - Lawson Health Research Institute
 Manitoba Métis Federation
 Maternal Newborn, Child & Youth Network
 McGill University Health Centre
 McMaster Children's Hospital/University
 Memorial University of Newfoundland/
 Eastern Regional Health Authority
 Manitoba Northern Health Region
 Northwestern University Feinberg School of Medicine
 Office régional de la santé d'Entre-les-lacs
 Pediatric Emergency Research Canada
 Pediatric Emergency Research Network
 Perth Great War Memorial District Hospital
 Peter Lougheed Centre
 Phoenix Children's Hospital
 Prairie Mountain Health
 Queens University
 Queensway Carleton Hospital
 Saskatoon Regional Health Authority
 Shared Health
 Solutions for Kids in Pain
 Smith Falls District Hospital
 Southern Health
 Stanton Territorial Hospital
 Stollery Children's Hospital Foundation
 Texas Children's Hospital
 The Hospital for Sick Children
 Translating Evidence in Child Health to Enhance Outcomes
 Université d'Ottawa
 University of Alberta
 University of Arizona
 University of British Columbia
 University of Calgary
 University of Toronto
 Winnipeg Regional Health Authority
 Women & Children's Health Research Institute

Hébergé par Subventionné par



Translating Emergency Knowledge for Kids/Partage des connaissances pédiatriques en urgence
 Children's Hospital Research Institute of Manitoba
 John Buhler Research Centre
 532-715 McDermot Avenue, Winnipeg, Manitoba R3E 3P4
trekk.ca trekk@chrim.ca

