

Le congrès
URGENCES25
SCIENCE • SOINS • ÉQUIPE • FORMATION • QUALITÉ



4.5.6
JUN



PARIS
PALAIS DES CONGRÈS
PORTE MAILLOT

JOURNÉE DES ASSISTANTS DE REGULATION MEDICALE PRE CONGRES URGENCES 2025

Prise en charge d'un appel pédiatrique

Dr Catherine Pradeau, Médecin Urgentiste SAMU 33
Ludovic Radou, expert métier



Le plan :

- Principes de communication
- Appel d'un enfant
- Appel pour ACR pédiatrique
- Appel pour fièvre
- Appel pour convulsion
- Appel pour dyspnée



Transmission d'un message

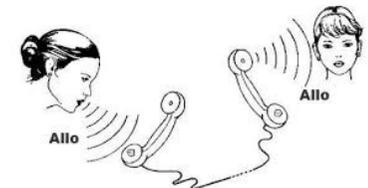
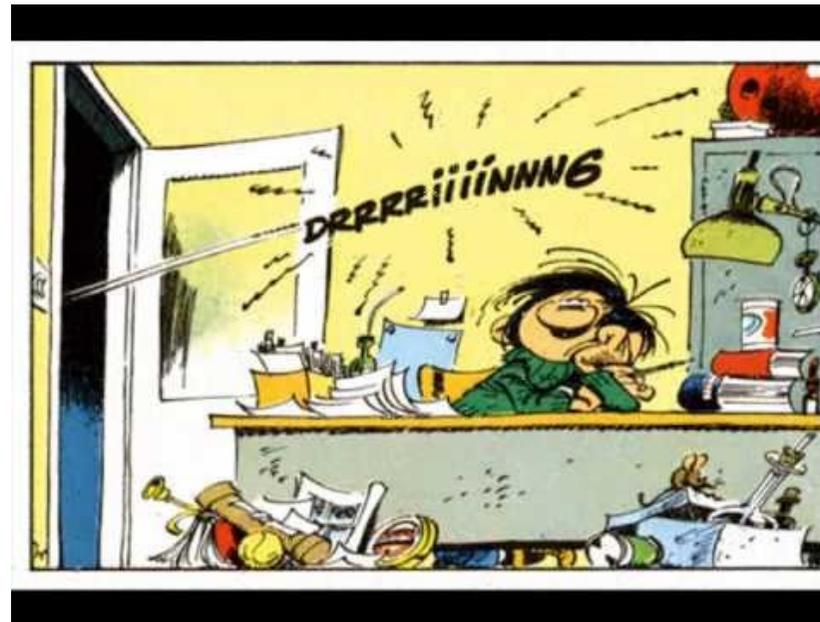


exercice

Différents moyens de faire passer un message

- **Communication verbale** : vocabulaire choisi et expressions utilisées
- **Communication non verbale** : expression du visage, mouvement du corps, posture, distance physique et contact des yeux
- **Communication paraverbale**: ton, volume et rythme de la voix, silence, hésitation
- Obstacles à la communication: émotion, fatigue, stress, mal-être, distraction

Le savoir faire au téléphone



Le téléphone : un outil complexe

- Faire face à l'inconnu et découvrir l'interlocuteur
- Répondre à une demande dans un objectif précis
- Trouver le feed back téléphonique adéquat
- Se montrer sous son meilleur jour

LES BASES DE LA COMMUNICATION TELEPHONIQUE

1. Ne délivrer **qu'une question ou information par phrase** car un impact précis est attendu pour chaque formulation.
2. Eviter **l'a priori**, le préjugé, le **jugement**, la **culpabilisation**, la **dévalorisation** (ex : dans ces cas-là, ils sont souvent ... ; vous n'auriez pas dû ; c'est une affaire de professionnels...).
3. Proscrire les **mots ambigus** (choc, détresse, secours...).
4. Avoir le **mot juste**, car la précision ou la nuance enrichissent le sens (discuter/parler/négocier...).
5. Utiliser des **mots qui rassurent** (je vous passe tout de suite le médecin...).
6. Eviter le **mot machinal**, parasite (petit, bon, d'accord...).
7. Eviter les **mots** potentiellement **frustrants** (j'essaye, pas de problème, attendez calmez-vous...).
8. Proscrire le **jargon**, les termes professionnels ou spécialisés.

Communication et santé

- La relation interpersonnelle doit avoir pour objectif **le centrage sur l'appelant**. Les trois éléments principaux qui permettent comprendre l'appelant sont :
- Son état émotionnel, perçu au travers de la voix (volume, modulation, vitesse, fluidité, silences) et des préoccupations exprimées.
- Ses capacités de conceptualisation et d'expression, son analyse, son langage.
- Son référentiel culturel ou son expérience, sa perception du problème médical.

Communication et santé

Une demande comporte trois niveaux à explorer systématiquement :

La demande exprimée : l'appelant formule sa demande en fonction de son ressenti, de ses représentations, de la situation vécue.

La demande réelle : elle est sous-jacente : pas claire, parfois refoulée et sera révélé par le questionnement du professionnel.

Le besoin de soins : c'est la réponse à donner selon la situation clinique.

Un enfant appelle





Les grands principes

- Ne pas aborder la régulation en pensant d'emblée que c'est un canular :
 - Susceptible de favoriser un mauvais questionnement,
 - Risque de mauvaise posture (tonalité de voix inadaptée)
 - Méconnaissance du besoin (envoi de moyen inapproprié)
- + que jamais «Le doute profite toujours au patient»
- Le garder en ligne si possible, jusqu'à l'arrivée des secours (relais entre le régulateur et l'ARM)

Les grands principes

■ Créer un lien rapide avec l'enfant en l'appelant par son prénom.

- La localisation précise de l'enfant peut présenter une difficulté en fonction de son âge.
- Rassurer (ton calme, une voix posée), affirmer qu'il a été compris et que les secours sont partis, rester avec lui en ligne jusqu'à l'arrivée des secours
- Le questionnement est adapté à l'âge de l'enfant et à ses capacités de compréhension.

Les grands principes

- Lorsqu'un enfant raccroche en pleine conversation, rappeler immédiatement pour valider l'appel.
- Au domicile, demander si la porte est ouverte ou s'assurer qu'il est en capacité de l'ouvrir
- Déclencher le moyen quel que soit le motif d'appel (même pour un conseil si l'enfant est seul)
- Envoyer le moyen rapide pour éviter qu'il reste seul trop longtemps.

Enfant de 3 à 5 ans

- Ecole maternelle
- Fait une phrase pour s'exprimer
- Désigne les protagonistes, situe les objets, les scènes
- Capacités physiques réduites
- Peut identifier une situation anormale et alerter en racontant ce qu'il a observé
- Il peut aller chercher de l'aide d'un adulte ou sait appeler le 15

Enfant de 3 à 5 ans

- Connaît son environnement proche et retient parfois son adresse
- se localise uniquement dans des lieux connus de lui (sa maison, son école...)
- Incapable de donner son numéro de téléphone et le contre appel ne peut être obtenu que si le numéro n'est pas caché.

Enfant de 6 à 8 ans

- Fait des phrases plus complexes
- Commence à se situer dans l'espace géographique, apprend à différencier la rue du quartier et le quartier de la ville
- Capable d'alerter en donnant un message structuré, en se localisant, en décrivant précisément la situation.

Enfant de 9 à 10 ans

- Première étape de localisation beaucoup plus facile même s'il peut encore confondre l'appellation de quartiers et le nom de la ville,
- La description du problème plus riche en explications et en vocabulaire.
- Peut affirmer la présence ou non de l'état de conscience
- Demander s'il a appris à l'école des « gestes qui sauvent »

TRUCS ET FICELLES

- Rechercher l'aide d'un voisin (uniquement si pas de mise en danger de l'enfant)
- Importance du choix des mots
- Vocabulaire adapté (« est-ce qu'il voit le ventre bouger? »)
- Demander d'approcher le téléphone auprès de la victime
- Transfert accompagné de l'appel
- Rester en ligne avec l'enfant jusqu'à l'arrivée des secours
- Guider au mieux les gestes adaptés à l'âge de l'enfant (exemple technique PLS)

Étapes clés

- 1. Se présenter et rassurer l'enfant
- 2. Poser des questions simples : que s'est-il passé, où es-tu ?
- 3. Adapter le langage (âge, vocabulaire)
- 4. Obtenir une localisation (adresse, point de repère)
- 5. Ne pas raccrocher jusqu'à l'arrivée des secours

Les pathologies de l'enfant

Signes de gravité chez un enfant ??



Généralités des Signes de gravité chez l'enfant

- Diminution du tonus/ modification de l'état neurologique
 - Comportement inhabituel
- Diminution importante de l'alimentation
- Teint gris/marbrure
- Pleurs anormaux
- Signes de détresse respiratoire, cyanose

Arrêt cardiaque chez l'enfant



Arrêt cardiaque chez l'enfant

Chez les nourrissons, les causes d'arrêt cardiaque sont souvent différentes de celles des adultes.

Les causes courantes comprennent :

- L'obstruction des voies respiratoires,
- La noyade,
- Les infections graves.
- Les troubles du rythme cardiaque et les maladies cardiaques congénitales peuvent également provoquer un **arrêt cardiaque chez les nourrissons**.

La conduite à tenir: Identifier l'Arrêt Cardiaque

1. Valider la conscience : « est-il conscient ? »
2. Valider l'état respiratoire : « Respire-t-il ? »

Exemple audio 1



La conduite à tenir : rappels du cours AFGSU 2

1. Identifier l'arrêt cardiaque
2. Réaliser 5 insufflations avant le début du massage cardiaque (spécifique à l'enfant)
3. Alternier, sans interruption, au rythme de 15 compressions puis 2 insufflations
4. Continuer jusqu'à l'arrivée des secours et la prise en charge du nourrisson.

L'utilisation d'un défibrillateur est possible dès l'âge de 1 an (en plaçant une électrode sur le dos et un sur la poitrine du nourrisson) Il existe des défibrillateurs "pédiatriques" mais ces derniers sont souvent disponibles uniquement dans des lieux spécialisés (crèche, hôpitaux...).

A noter : la fibrillation ventriculaire, l'une des principales cause d'arrêt cardiaque chez l'adulte, est rare chez le nourrisson et ne représentent que 8% des causes d'arrêt cardiaque chez les enfants en bas âge.

Le congrès
URGENCES25
SCIENCE • SOINS • ÉQUIPE • FORMATION • QUALITÉ



4.5.6
JUN



PARIS
PALAIS DES CONGRÈS
PORTE MAILLOT



La fièvre chez l'enfant



L'interrogatoire est stéréotypé :



- Validation du motif de l'appel
 - Fièvre est-elle bien objectivée ?
 - Eliminer un coup de chaleur ...
 - Ne jamais culpabiliser les parents
- Contexte de survenue
- Pathologie associée
- Connaissance des antécédents
 - Grossesse ... Accouchement ... traitement en cours...
- Appréciation de la gravité



Appréciation de la gravité (ARM)

Fiche mémo

Prise en charge de la fièvre chez l'enfant

Octobre 2016

Messages clés

- Les signes de gravité doivent être recherchés : âge de moins de 3 mois, difficulté respiratoire ou fréquence respiratoire élevée, conscience altérée, absence de réponse aux stimulations, renflement de la fontanelle, pâleur ou cyanose, cris faibles ou grognements, raideur de la nuque, conduisant généralement à un transfert vers des urgences hospitalières.
- La perception des parents doit être prise en compte.



- Les signes de gravité :
 - Age < 3mois
 - Difficulté respiratoire
 - Trouble de la conscience
 - Cris faibles ou grognement
 - Pâleur ou cyanose
 - Renflement de la fontanelle
- Anxiété des parents

Identifier les signes téléphoniques de gravité MR

Polypnée, dyspnée..
Changement de coloration
(cyanose, pâleur, marbrures inhabituelles)

Hypotonie avec difficultés à
s'alimenter
Trouble de la conscience

Age < 3mois
Purpura extensif ou > 3 mm
Bombement de la fontanelle

Inquiétude parentale +++



Défaillance cardiaque
et/ou pulmonaire

Neurologique =
Troubles des fonctions
supérieures

sepsis

EXEMPLE APPEL POUR FIEVRE

Appel pour enfant G. fille de 4 mois
Visio

Points essentiels

1. La régulation médicale doit être stéréotypée afin de ne pas négliger de rechercher des signes de gravité.
2. Le médecin régulateur analyse systématiquement le contexte de survenue de la fièvre et les antécédents de l'enfant.
3. Des signes de gravité neurologiques, respiratoires, circulatoires sont toujours recherchés ainsi que l'apparition de lésions purpuriques.
4. L'enfant de moins de 3 mois fébrile doit être systématiquement évalué dans un service d'urgence.

ARM GUIDE DE REGULATION

déterminer le niveau de priorité de l'appel initial

- **P1** : enfant qui convulse ou a convulsé, détresse respiratoire, malaise.
- **P2** : cas général.
- **P3** : simple renseignement lors d'une fièvre récente parfaitement tolérée.

3. chercher à savoir

Température (valeur, depuis quand, méthode de mesure), retentissement général notamment état de conscience ou changement de comportement.

4. conseiller en attendant la régulation médicale et l'arrivée des secours

Mettre en position latérale de sécurité et dégager la bouche d'un enfant qui convulse ou semble inconscient pour l'appelant.

5. adapter la décision si l'appel ne peut être régulé immédiatement

Engagement immédiat d'un moyen secouriste équipé d'oxygène si P1.

Le congrès
URGENCE25
SCIENCE • SOINS • ÉQUIPE • FORMATION • QUALITÉ



4.5.6
JUN



PARIS
PALAIS DES CONGRÈS
PORTE MAILLOT

Convulsion de l'enfant

•LES SIGNES DE LA CONVULSION

- Tremblements ou mouvements soudains de tout le corps ou d'une partie du corps.
 - Cependant, les nouveau-nés peuvent tout simplement pincer les lèvres, mâcher involontairement ou perdre tout tonus par moment.

Les **convulsions** sont des secousses et/ou raidissements musculaires violents, involontaires impliquant une grande partie du corps.

*Les **convulsions** sont des décharges électriques non régulées anormales des cellules nerveuses dans le cerveau ou dans une partie du cerveau. Cette décharge anormale peut provoquer :*

- Convulsions
- Mouvements involontaires
- Altération de la conscience
- Sensations anormales

Le congrès
URGENCES25
SCIENCE • SOINS • ÉQUIPE • FORMATION • QUALITÉ



4.5.6
JUN



PARIS
PALAIS DES CONGRÈS
PORTE MAILLOT

Quelques causes de convulsions chez les nouveaux nés , le nourrissons et enfants :

Les troubles généraux : fièvre élevée, septicémie,

Les troubles cérébraux : AVC, TC

Drogues et médicaments

Convulsions chez l'enfant

- Fréquence : 2 à 5 % des enfants de moins de 5 ans feront au moins une convulsion fébrile. Pic entre 6 mois et 5 ans. Plus fréquente chez les garçons.
- Convulsions fébriles (les plus fréquentes)
- Surviennent lors d'une fièvre $\geq 38^{\circ}$ C sans infection du Système Nerveux Central. Typiquement entre 6 mois et 5 ans.
- Deux formes :
 - Simples : durée < 15 min, généralisées, non récidivantes dans les 24 h.
 - Complexes : durée > 15 min, focales ou récidivantes.

ARM GUIDE DE REGULATION

Déterminer le niveau de priorité de l'appel initial

- **P1 AMU** : enfant qui convulse ou ne récupère pas.
- **P1 PdS** : enfant qui a récupéré après une convulsion.

Chercher à savoir

Éliminer un arrêt cardiaque (hypoxie sur corps étranger...).

Signes de détresse vitale, antécédents convulsifs, température.

Conseiller en attendant la régulation médicale et l'arrivée des secours

- mettre en position latérale de sécurité un enfant qui convulse ou qui n'est pas réveillé.
- expliquer le déroulement habituel (symptomatologie, évolution) d'une crise convulsive pour réduire l'affolement éventuel de l'appelant.

Adapter la décision si l'appel ne peut être régulé immédiatement

Si la convulsion persiste, engagement immédiat d'un moyen secouriste équipé d'oxygène.

Le congrès
URGENCE25
SCIENCE • SOINS • ÉQUIPE • FORMATION • QUALITÉ



4.5.6
JUN



PARIS
PALAIS DES CONGRÈS
PORTE MAILLOT

EXEMPLE 3 AUDIO LISE

Le congrès
URGENCE25
SCIENCE • SOINS • ÉQUIPE • FORMATION • QUALITÉ



4.5.6
JUN



PARIS
PALAIS DES CONGRÈS
PORTE MAILLOT

La Dyspnée chez l'enfant

Signes de détresse Respiratoire de l'enfant

- Augmentation de la fréquence respiratoire
- Tirage intercostal, sus sternal
- Balancement thoraco abdominal
- Battement des ailes du nez
- Bruits inspiratoires et expiratoires
- Cyanose
- Impossibilité de parler ou de finir un mot

Les principales causes selon l'âge :

➤ **Nourrisson (<2 ans)**

- Bronchiolite virale (VRS)
- Laryngite aiguë (stridor inspiratoire)
- Pneumonie
- Corps étranger inhalé
- Anomalies congénitales (laryngomalacie, trachéomalacie)

➤ **Enfant >2 ans**

- Asthme (sifflements expiratoires)
- Laryngite, trachéite
- Pneumopathie infectieuse
- Corps étranger
- Insuffisance cardiaque (rare, souvent cardiopathie congénitale connue)
- Allergie / œdème de Quincke

EXEMPLE 4 AUDIO DYSPNEE enfant de 18 mois



Le congrès
URGENCES25
SCIENCE • SOINS • ÉQUIPE • FORMATION • QUALITÉ



4.5.6
JUN



PARIS
PALAIS DES CONGRÈS
PORTE MAILLOT

EXEMPLE 5 VISIO enfant de 4 mois

Pour évaluer une dyspnée chez un enfant (intensité, étiologie), demander à entendre sa respiration au téléphone.

ARM

2. déterminer le niveau de priorité de l'appel initial

- **P0** : enfant inconscient, cyanosé, qui ne respire pas,
- **P1** : enfant très dyspnéique conscient et réactif,
- **P2** : enfant conscient bien coloré.

3. chercher à savoir

Circonstances de début, tolérance de la dyspnée (couleur, tonus, réactivité, parole, cri).

4. conseiller en attendant la régulation médicale et l'arrivée des secours

Maintenir la position prise spontanément par un enfant conscient.

Ne pas faire vomir ni tenter l'extraction d'un corps étranger si l'obstruction est incomplète. Jamais d'extraction à l'aveugle et manœuvres de désobstruction uniquement si l'obstruction est complète. Si le patient est inconscient et l'obstruction complète, commencer la réanimation cardiopulmonaire de base sans manœuvre de désobstruction.

Le congrès
URGENCES25
SCIENCE • SOINS • ÉQUIPE • FORMATION • QUALITÉ



4.5.6
JUN



PARIS
PALAIS DES CONGRÈS
PORTE MAILLOT

La Pédiatrie et l'échelle de tri

ECHELLE DE TRI ARM V3

DESCRIPTION GENERALE DES TRIS

Tri	Situation	Risque d'aggravation	Actions	Délai cible de régulation
P0	Détresse vitale majeure	Dans les min	Engagement d'un smur et d'un moyen secouriste puis régulation médicale immédiate	immédiate
P1	Atteinte patente d'un organe ou lésion traumatique sévère	Dans l'heure	regulation AMU prioritaire (possibilité d'engager un moyen secouriste dans certains cas)	< à 5 min
P2 MRU	Atteinte potentielle d'un organe ou lésion traumatique instable	Dans les 4 h	REGULATION MEDICALE AMU	maximum 10 min
P2 MRG	Atteinte fonctionnelle ou lésionnelle potentiellement évolutive	Dans les 6 h	REGULATION SNP	maximum 15 min
P3	Atteinte fonctionnelle ou lésionnelle stable	Dans les 12H	REGULATION SNP	maximum 2H
P4	Atteinte fonctionnelle ou lésionnelle stable	Dans les 24 h	REGULATION SNP mise en rappel	pas de délai (conseils ARM de rappel si aggravation)

TABLEAU 1 : ORIENTATION DES APPELS ARM au SAMU-SAS V3

le tri médian est coloré

↓ **TRI N1** ↓

TRI N2 MRU / MRG

MOTIFS		P0	P1	P2 MRU	P2 MRG	P3 MRG	P4
PATHOLOGIE ABDOMINALE NON TRAUMATIQUE							
Vomissement de sang / Hématémèse	AMU/SNP		Malaise/hypotension		filet de sang dans vomissement, sans autre signe		
Rectorragie	AMU/SNP		Malaise/hypotension		sans signe de gravité	sur hémorroïdes	
Douleur abdomino pelvienne	AMU/SNP		Douleur epigastrique brutale	Echelle douleur > 5 avec antalgique pris ou >8 sans antalgique			
Problème technique (stomie ou post op recent)	AMU/SNP			sigastrostomie arrachée ou pyélostomie arrachée			
Hernie, Masse ou distention	SNP			irréductible ou vomissements			
CE dans l'oesophage, estomac, intestin	AMU/SNP		Pile bouton	Symptomatique, 2 aimants, objet tranchant ou pointu			
Constipation	SNP				vomissements		non algique, depuis moins de 48H
Vomissement	AMU/SNP		hypotonie + vomissements itératifs et ou TC	patient diabétique insulino dépendant/ céphalées	vomissements répétés	fièvre	Conseil réhydratation, enfant de plus de deux ans
Diarrhée	AMU/SNP		hypotonie + diarrhées répétées		une selle par heure ou plus	fièvre	> 2 ans
Douleur anale	SNP						Echelle douleur <3
Hocquet	SNP						
GENITO URINAIRE							

La Pédiatrie dans l'échelle de tri ARM

PEDIATRIE							
Fièvre ou hypothermie	AMU/SNP		Si hypotonie, purpura, comportement anormal, cyanose	< 3mois			> 2 ans
Convulsion hyperthermique	AMU/SNP		convulsion en cours, purpura, mauvaise récupération	récupération complète, première crise	récupération complète avec enfant aux antécédents de convulsions et parents non affolés		
Diarrhée / vomissements du nourrisson (≤ 24 mois)	AMU/SNP		hypotonie	<3 mois			
NRS de moins de 3 mois	AMU/SNP		hypotonie, purpura			œil rouge, constipation, problème de lait, problème de cordon	
Hypothermie	AMU		hypotonie, marbrure	<3 mois, refus alim, temp inf à 35			
Hypotonie, marbrures	AMU						
Enfant inconsolable	AMU/SNP			<3 mois / accès de paleur			

Le congrès
URGENCES25
SCIENCE • SOINS • ÉQUIPE • FORMATION • QUALITÉ



4.5.6
JUN



PARIS
PALAIS DES CONGRÈS
PORTE MAILLOT

DES QUESTIONS?

