

# Régulation pédiatrique: activité et décisions

Dr Pauline SIMON  
Médecin Généraliste,  
Régulateur Libéral  
Membre du SAS Libéral 67

Comprendre la place de la pédiatrie  
dans l'activité du SAS libéral 67  
à partir de données populationnelles et des  
décisions de régulation



## Régulation pédiatrique Au SAS libéral 67

Données 2024.  
Objectifs et périmètres

- SAS Libéral 67
- Lundi - Vendredi, 8h00 - 20h00
- Appels régulés coté libéral
- Dossiers P2 SNP et P3



## Poids de la pédiatrie dans l'activité du SAS libéral 67

- 45 000 dossiers régulés / an
- 9 000 dossiers < 18 ans
  - 20% de l'activité
- Tranche 0-10 ans = 17% des appels
  - Tranche d'âge la + représentée



## Orientation des dossiers Focus pédiatrie

0 - 10 ans :

- 88% de Conseils Médicaux
- 6% d'orientation vers MG

Tous âges :

- 68% de Conseils Médicaux
- 14% d'orientation vers MG



## Mobilisation des moyens en pédiatrie

< 18 ans :

- 430 mobilisations de moyens
- 500 orientations vers un établissement

Mobilisations ambulances :

- 27% tous âges
- 4% < 18 ans



## Spécificités de la régulation pédiatrique

- Appel d'un tiers
- Anxiété parentale élevée
- Signes cliniques indirects
- Risques évolutifs rapides
- Conseil structuré
- Réassurance
- Plan d'action
- Critères de rappel

# Régulation pédiatrique: enjeux et spécificités

Comprendre les défis uniques de la médecine d'urgence des enfants

Focus sur la détresse respiratoire

Dr. Marie SZULC  
Cheffe de service Urgences Pédiatriques  
HCC Colmar

01

# Spécificité de la régulation pédiatrique



# L'enfant n'est pas un «petit adulte»

## Spécificités anatomiques et physiologiques infantiles

Les enfants ont des réserves respiratoires limitées, entraînant une décompensation rapide en cas de détresse respiratoire.

## Identification difficile des symptômes

La fatigue respiratoire chez l'enfant peut être peu bruyante, rendant l'identification au téléphone particulièrement délicate.

## Communication indirecte

Pas de contact direct avec le patient

## Importance de l'intervention rapide

La détresse respiratoire est la première cause d'arrêt cardiaque pédiatrique, nécessitant une action urgente et précoce.

## Rôle critique de la régulation médicale

La régulation pédiatrique est un acte médical structurant qui optimise la prise en charge malgré des ressources limitées.

## Vigilance et expertise requises

Une expertise technique est essentielle pour éviter les erreurs de triage, car chaque minute compte pour stabiliser l'enfant.

02

## Objectifs opérationnels de la régulation SAMU



# Anticiper, sécuriser et orienter

Deuxième édition

## Anticipation de la gravité

Identifier rapidement la gravité dès le premier appel en repérant signes d'alarme et risques d'aggravation rapide.

## Sécurisation de l'enfant

Donner des consignes claires pour maintenir la sécurité de l'enfant avant l'arrivée des secours.

## Orientation vers les secours

Déclencher l'effecteur adapté, SMUR pédiatrique et/ou orientation vers service d'urgence approprié.

## Décision équilibrée et efficace

Éviter la sur-médicalisation et la sous-médicalisation grâce à une décision argumentée et adaptée.

## Efficacité des décisions

Rapidité et pertinence des choix cruciaux pour réduire mortalité et complications graves.

03

## Spécificités pédiatriques impactant la décision



## Facteurs influençant la régulation

Deuxième édition

### Seuil décisionnel abaissé

Le nourrisson de moins de 3 mois, certaines co-morbidités nécessitent une vigilance accrue car l'état peut se dégrader rapidement.

### Qualité de l'interrogatoire et de l'évaluation de la gravité

Eléments objectifs d'évaluation. Contexte de stress de l'appelant. Degré d'urgence ressenti par l'appelant.

### Anticipation et adaptation du matériel médical

L'âge et le poids de l'enfant influencent le choix du matériel et des doses médicamenteuses à administrer.

### Signes critiques respiratoires

La disparition des signes de lutte respiratoire signale une fatigue extrême et un danger vital imminent.

Qualité de la décision dépendante de la capacité à guider l'examen à distance, pour évaluer la gravité potentielle et le degré d'urgence réel



# Le contact avec les parents

22 janvier 2026 • Reims (51)



Deuxième édition

**Le contact avec les parents : un outil clinique central**

Le parent est l'**intermédiaire clinique principal** en régulation pédiatrique

Qualité du contact = qualité de l'information recueillie

L'**anxiété parentale** influence directement la fiabilité du message

**Rassurer** permet d'améliorer l'évaluation

Le régulateur doit **structurer le récit** et guider l'observation

Donner des **consignes actives** fait partie de l'acte médical

04

## Triage ARM : priorités immédiates



# Classification des priorités

Deuxième édition

## Catégorie P0 - Urgence critique

P0 désigne les cas critiques nécessitant une intervention immédiate, comme des troubles de la conscience, cyanose majeure ou un arrêt respiratoire. Déclenchement immédiat SMUR (pédiatrique)

## Catégorie P1 - Détresse respiratoire sévère

P1 concerne les enfants en détresse respiratoire sévère mais conscients, nécessitant une réponse rapide pour éviter la dégradation.

## Catégorie P2 - Surveillance et orientation

P2 regroupe les enfants stables qui demandent une surveillance rapprochée et une orientation adaptée sans urgence immédiate.

### **Importance du surtriaje**

Le surtriaje est préféré en pédiatrie pour mobiliser suffisamment de ressources et éviter un sous-triaje dangereux.

### **Optimisation des ressources spécialisées**

Chaque décision de médicalisation doit être motivée pour une utilisation efficace des ressources limitées en SMUR pédiatriques.

05

## Gravité médicale : critères R1 – R2 – R3



# Identification des niveaux de gravité

22 janvier 2026 • Reims (51)

## Niveau R1 : Urgence vitale

Le niveau R1 inclut des signes critiques comme cyanose, apnées, signes de lutte marqués, altération de la conscience et suspicion épiglottite / corps étranger nécessitant une intervention immédiate.

## Niveau R2 : Risque évolutif

Le niveau R2 concerne des facteurs de risque comme jeune âge (<3 mois), fatigue respiratoire, difficultés alimentaires et « terrain à risque » indiquant un risque d'aggravation.

## Niveau R3 : Stabilité relative

Le niveau R3 désigne un enfant conscient, coloré et stable nécessitant une surveillance attentive mais non urgente.

## Importance du triage précis

Une évaluation fine des symptômes est essentielle pour prioriser les interventions et éviter les erreurs de triage.

## Importance de la réévaluation

La gravité pédiatrique évolue souvent, nécessitant une réévaluation régulière pour anticiper les complications.

06

## Sémiologie téléphonique utile



## Éléments clés à distance

### Importance de la DRP et du déshabillage

VAS libres. Déshabiller l'enfant pour mieux observer les mouvements respiratoires et augmenter la fiabilité de l'évaluation à distance.

### Evaluation de la respiration

Le régulateur écoute la respiration de l'enfant pour évaluer sa fréquence et sa tonalité, essentiels à l'évaluation de la gravité

- Respiration rapide / lente
- Bruyante, sifflante, rauque ou silencieuse
- Inspiration:expiratoire/2 temps
- Capacité à pleurer / parler

### Signes cliniques visibles, observation directe ou indirecte

Contrôler la coloration des lèvres et du visage, pour détecter une cyanose, signe de gravité. Position spontanée adoptée.

### Utilisation de la visiophonie

La visiophonie aide à confirmer les observations sans retarder la prise de décision urgente.

07

## Aides à la décision



## Orientation selon le mode de début

### Début brutal des symptômes

Un début brutal indique **des urgences** comme corps étranger ou anaphylaxie ou pneumothorax, nécessitant une intervention immédiate. Signe de gravité.

### Début progressif des symptômes

Un début progressif oriente vers des pathologies évolutives telles que l'asthme ou la bronchiolite, laryngite ou pneumopathie, permettant une organisation des soins.

### Importance de la prise de décision rapide

La classification en niveaux de gravité aide à mobiliser rapidement les ressources humaines et matérielles adaptées pour éviter une décompensation grave.

*La décision « idéale » est théorique et doit s'adapter aux moyens disponibles*

08

## Effecteurs et orientation



# Détresse respiratoire = compétence pédiatrique requise

Deuxième édition

## Critères de gravité en pédiatrie

La gravité et le type de pathologie déterminent le choix des effecteurs pour assurer une prise en charge adaptée.

## Orientation selon la gravité

Les cas critiques (corps étrangers, épiglottite, bronchiolite grave, asthme sévère) requièrent un déchoquage pédiatrique, tandis que les formes modérées peuvent être dirigées vers un service d'urgence spécialisé. Proximité d'une réanimation.

## Rôle du SMUR en pédiatrie

Le SMUR intervient en cas de gravité ou risque évolutif, avec priorité à une équipe pédiatrique formée pour une intervention sécurisée OU SMUR adulte formé et équipé.

## Coordination des acteurs médicaux

La coordination entre équipes spécialisées garantit la sécurité et l'efficacité des interventions. Communication et anticipation du service d'accueil.

9

## Consignes d'attente et message clé



## Actions à faire et à éviter

### Consignes d'attente sûres

Laisser l'enfant en position naturelle et **rassurer** les parents en **surveillant** l'évolution des symptômes est essentiel avant l'arrivée des secours. Administration de thérapeutiques (asthme).

### Actions à éviter

Éviter d'examiner la gorge, tenter une extraction à l'aveugle ou réaliser des gestes inutiles qui peuvent agraver la situation.

### Approche proactive en régulation

Anticiper et former les régulateurs avec des consignes claires permet une prise en charge sécurisée et efficace en pédiatrie.

# Conclusion

*La régulation pédiatrique n'est ni une régulation adulte miniaturisée, ni un simple tri téléphonique.*

*C'est un acte médical à part entière, fondé sur l'anticipation, la compréhension d'une clinique évolutive et l'intégration des contraintes réelles du système, dans un contexte où les moyens pédiatriques sont limités.*

*Cette capacité d'anticipation repose sur une expertise qui s'acquiert, et donc sur une formation spécifique des acteurs de la régulation.*

*En pédiatrie, la décision juste est rarement celle qui réagit le plus vite, mais celle qui anticipe le mieux.*

*La qualité de la prise en charge dépend avant tout de la qualité de la régulation initiale. Autrement dit : en régulation pédiatrique :*

*« la décision du régulateur formé est la clé de voûte du système ».*

# Annexe

## Check-list Médecin Régulateur – SAMU

# Check-list Médecin Régulateur – SAMU

## Détresse respiratoire de l'enfant

01

**1 Contexte immédiat à fixer** : âge (⚠ < 3 mois), terrain (prématurité, cardiopathie, pathologie respiratoire, asthme), traitements en cours, fièvre, inhalation, début brutal

**2 Gravité actuelle**

(R1) – un seul critère suffit : cyanose persistante, apnées, tirage intense/balancement, alteration conscience, agitation extrême/hypotonie, silence respiratoire, épiglottite suspectée, corps étranger

➡ R1 = SMUR immédiat + déchoquage pédiatrique

**3 Risque évolutif (R2)** : < 3 mois, bronchiolite (fatigue, difficultés alimentaires), asthme partiellement contrôlé, terrain à risque / contexte social défavorable

➡ R2 = moyens rapides + surveillance rapprochée (SMUR à discuter selon distance/ressources)

# Check-list – Suite

## Risque évolutif, stabilité, orientation & attente

02

**4 Stabilité relative (R3)** : enfant conscient et coloré, pas d'apnée/cyanose, pas de tirage important, alimentation conservée, terrain sans facteur de risque

→ R3 = SU / médecin / conseils + rappel strict (stabilité à l'instant T ≠ banalisation)

**5 AIDE À LA DÉCISION (SÉMIOLOGIE TÉLÉPHONIQUE) :**

Faire déshabiller + DRP

Écouter la respiration au téléphone, bruits respiratoires (sifflements, stridor, silence),

Début brutal vs progressif, inspi/expi/2 temps

Capacité à parler / pleurer,

Coloration lèvres / visage,

SpO<sub>2</sub> si disponible (valeur indicative)

**6 Orientation & effecteurs** : privilégier compétence pédiatrique (déchoquage, SMUR pédiatrique si dispo, sinon SMUR adulte formé et équipé)

**7 Consignes d'attente** : position spontanée, pas d'examen de gorge si épiglottite, pas de manœuvre à l'aveugle, surveillance stricte, rappel si aggravation/couleur/épuisement

## BIBLIOGRAPHIE – RÉGULATION PÉDIATRIQUE

AUTEUR(S)	TITRE	SOURCE	ANNÉE	LIEN	AUTEUR(S)	TITRE	SOURCE	ANNÉE	LIEN
Balen F, Dupont A, Roussel M	Régulation médicale de la dyspnée de l'enfant	Ann Fr Med Urg	2022	<a href="#">Lien</a>	GrandeLaude C, Lalibert JL	Le transport infirmier interhospitalier pédiatrique	Rev Soignants Pédiatrie	2015	<a href="#">Lien</a>
El Hage C, Giraud L, Cuny C	Régulation médicale pédiatrique : nouveau métier, nouvelle formation	Ann Fr Med Urg	2025	<a href="#">Lien</a>	Naud J, Chabernaud JL	Les SMUR pédiatriques en France	Med Intensive Reanim	2011	<a href="#">Lien</a>
Branchard D, Naud J, Chabernaud JL	L'aide médicale urgente en contexte pédiatrique	Ann Fr Med Urg	2016	<a href="#">Lien</a>	Pradeau C, Labbé V, Gloaguen A	Quels moyens pour quelle dyspnée en régulation ?	Congrès Urgences	2013	<a href="#">Lien</a>
Pradeau C, Dubos F, Gloaguen A	Régulation médicale SAMU de l'enfant fébrile	Congrès Urgences	2016	<a href="#">Lien</a>	Gloaguen A, Granry JC, GFRUP	Vers une fiche standardisée de régulation pédiatrique : le projet GFRUP	Arch Pediatr	2016	<a href="#">Lien</a>