

# LES ACCIDENTS DOMESTIQUES DE L'ENFANT

## LES PREMIERS GESTES

J.LAVAUD

Médecin des Hôpitaux – SMUR pédiatrique de l'hôpital des Enfants-Malades – PARIS

Les accidents domestiques de l'enfant surviennent dans la maison ou dans ses abords immédiats, sans oublier les dépendances de l'exploratoire agricole. Ils sont responsables de près de 400 décès annuels et les enfants de moins de 5 ans y sont les plus exposés. Selon les tranches d'âge, ils représentent 80 % des accidents de 0 à 4 ans, 50% des 5 à 9 ans et 35 % des 10 à 14 ans. Ces accidents surviennent surtout lors de jeux (36%) ou des déplacements (25%). La cuisine reste le haut lieu à risque pour les plus petits, avec le risque de chute, de choc et de traumatismes divers, celui des brûlures, des intoxications et des corps étrangers. La cour et le jardin sont intéressés dans un cas sur quatre et la salle de séjour ou la chambre de l'enfant dans un cas sur cinq. Reste la salle de bains, lieu électif de certaines chutes de table à langer, de nappes et de brûlures accidentelles, d'intoxications.

Pour un enfant tué, deux ou trois gardent des séquelles et, dans un nombre de cas, de multiples handicaps. Ces séquelles sont motrices, sensorielles, fonctionnelles ou psychiques. De jeunes enfants peuvent être considérés comme guéris peu de temps après leur accident, mais au moment de l'adolescence, on peut observer une dégradation brutale de quelques-uns d'entre eux, qui ne se reconnaissent plus dans leur corps meurtri et qui présentent alors de graves troubles du comportement dans leur milieu familial et social avec retentissement sur la scolarité.

### I – LES TRAUMATISMES :

⇒ **Epidémiologie** : ce sont les plus fréquents (85 %), et la chute en est le mécanisme essentiel (un cas sur deux), avant les chocs (30 %) et les blessures par instruments tranchants, coupants, piquants, les secti ns et les arrachements, qui sont rares en dehors des doigts incisés dans les portes. On note surtout des ecchymoses, des hématomes, des éraflures, mais il y'a au moins un quart de plaies. Les fractures représentent 15 % des consultations d'enfants à l'hôpital.

#### Trois types de chute

*On distingue trois grandes catégories de chutes : celles qui surviennent alors que l'enfant est installé dans un matériel de puériculture, les chutes de la propre hauteur de l'enfant ou de faible hauteur parce qu'il escalade un mobilier, et celles de plus de 2m qui sont souvent les plus graves et dans lesquelles on range les chutes dans les escaliers, depuis des lits superposés défenestrations... Mais un enfant qui chute en pleine course sur un angle aigu de mur, une porte ouverte ou un aileron de radiateur peut avoir de graves lésions cérébrales, comme celui qui tombera avec un objet pointu à la main, une paire de ciseaux branches ouvertes par exemple.*

#### ⇒ **Le bon geste**

L'attitude à adopter au moment de la chute dépend de l'existence ou non d'une perte de connaissance :

✓ **Une simple surveillance suffit si l'enfant n'a pas perdu conscience**, ce qui est presque toujours le cas, s'il crie ou pleure, même en restant un peu pâle. Le médecin traitant, s'il est appelé, donnera les conseils de surveillance par téléphone, c'est-à-dire de consulter ou d'emmener l'enfant à l'hôpital s'il présente ultérieurement des troubles de la conscience ou du comportement, des vomissements, une impotence partielle ou totale d'un membre, une asymétrie pupillaire, des troubles du langage. Mais si l'enfant a des convulsions, c'est le **190** qu'il faut appeler, tout en couchant immédiatement l'enfant sur le côté en position latérale de

sécurité. Pour ne pas passer à côté d'un état comateux, réveiller l'enfant la première nuit toutes les 3 heures paraît souhaitable. Cette surveillance est assurée pendant 48 heures, mais à titre exceptionnel ces signes peuvent se manifester au troisième ou quatrième jour, du fait des particularités anatomiques et physiologiques cérébrales de l'enfant. Le petit nourrisson est plus sujet à l'hématome sous-dural, mais l'hématome extra-dural peut aussi se voir, sans passer obligatoirement par la perte de conscience initiale avec reprise transitoire d'un état de conscience normale. Comme dans tout traumatisme crânien, on suspectera une fracture du rocher devant une otorragie et une fracture de l'étage antérieur du crâne devant une rhinorrhée profuse sanglante :

✓ **Si l'enfant à une brève perte de connaissance au moment de la chute.** C'est que le choc a été relativement violent, il est probable qu'un médecin voit l'enfant, mais neuf fois sur dix il retournera chez lui avec poursuite de la surveillance comme précédemment :

✓ Dans quelques cas exceptionnels, **la perte de connaissance se prolonge.** On conseille alors la mise en PLS avant l'arrivée du SAMU et la surveillance des fonctions vitales (respiration, F.C.).

Si toute plaie doit être comprimée. Suffisamment longtemps (plus de 3 minutes) pour arrêter le saignement, avant d'être désinfectée et pansée efficacement, il ne faut pas négliger les plaies de la face ou de la main qui doivent être montrées à un chirurgien, surtout si elles sont profondes et peuvent intéresser des axes vasculo-nerveux. Les plaies très hémorragiques doivent être comprimées au doigt ou avec le ping par l'intermédiaire d'un linge propre ou d'un paquet de compresses. Les morsures d'animaux, et notamment de chien, seront soigneusement lavées plusieurs fois à l'eau claire et au savon pour éviter que la salive suillée de nombreux microbes ne pénètre à l'intérieur des lésions anfractueuses et souvent profondes, facteur de surinfection secondaire.

Quant à l'arrachement ou à la section d'un segment de membre, il est actuellement recommandé de ne plus mettre de garrot, mais de faire un pansement très compressif et bien maintenu en place sur la tranche de section en remontant vers la racine du membre. Le fragment arraché ou sectionné doit être introduit tel quel dans un sac plastique suffisamment épais de type sac poubelle, placé en suite sur une source réfrigérante (« freeze pack ») et tourné régulièrement pour permettre un maintien au froid sans gelure. L'appel au **190** permettra de connaître la marche à suivre, car une ambulance de réanimation est rarement indiquée chez l'enfant.

## **II – LES INTOXICATIONS**

⇒ **Données épidémiologiques :** elles restent très nombreuses, alors qu'elles pourraient être réduites à néant avec un peu de sagesse, d'ordre, de rangement, d'attention et la suppression de mauvais comportements comme le transvasement de produits dangereux dans les récipients alimentaires ou les bouteilles d'eau minérale par exemple. Les intoxications médicamenteuses avec les produits de l'adulte viennent en priorité (55%). La dose toxique est rarement atteinte (10%). Il s'agit de tranquillisants (un quart des cas), de produits à usage externe, de psychotropes, d'antitussifs et d'AINS, de ténocardiaques ou d'antiarythmiques, d'antithermiques aussi. Les intoxications par les produits ménagers et industriels à usage domestique sont également fréquentes (30%). Il faut méfier des produits caustiques, des produits pétroliers en général et de l'antigel. Les produits caustiques (eau de Javel concentrée, soude caustique, pousse, ammoniaque, détartrants acides, antirouille, produits pour lave-vaisselle) donnent des brûlures oropharyngées et des phagés gastriques qui doivent être rapidement vues et traitées par l'O.R.L. Les solvants pétroliers donnent

précipité des signes de détresse respiratoire par atteinte pulmonaire et une défaillance cardiocirculatoire avec mauvais état neurologique. Quant à l'antigel, sa belle couleur et son goût sucré ne rebutent pas l'enfant, bien au contraire, les premières manifestations ne surviennent que plusieurs heures après l'absorption accidentelle. Les cosmétiques peuvent entraîner des intoxications alcaliques. Enfin, les produits phytosanitaires peuvent donner de redoutables intoxications avec des signes musculaires, neurologiques et cardio-respiratoires.

⇒ **Le bon geste : téléphoner au centre antipoison régional ou au 190** permet d'éviter de faire un mauvais geste, d'avoir la mauvaise information dès la reconnaissance de l'absorption accidentelle et d'éviter à de nombreux enfants de se présenter aux urgences hospitalières, alors que le produit incriminé ne présente aucun réel danger par sa nature ou la quantité absorbée.

✓ Pour les **intoxications médicamenteuses**, le lavage d'estomac présente moins d'intérêt aujourd'hui et n'est efficace que dans la première heure qui suit l'absorption ou pour des produits spécifiques comme les antidépresseurs. L'administration de charbon végétal activé (type Carbimix®) paraît la plus intéressante. Quelques intoxications peuvent bénéficier d'antidotes ou d'une diurèse osmotique ou alcaline. Cependant le fait que dans 8 cas sur 10, l'enfant s'intoxique en présence d'un adulte limite le risque.

✓ Pour tous les **produits domestiques ménagers ou industriels** à usage domestique, l'attitude initiale est simple : ne pas faire vomir, ne rien donner par la bouche qui ne puisse aggraver les lésions, ou les masquer pour le fibroscope, au cours de son examen.