

1 LE CORPS HUMAIN

2 LES PREMIÈRES MINUTES

3 LES AFFECTIONS À RISQUE VITAL

4 LE PATIENT TRAUMATISÉ

5 MALADIES ET INTOXICATIONS

6 GROSSESSE ET ACCOUCHEMENT INOPINÉ

7 L'ENFANT EN DÉTRESSE

8 URGENCES PROVOQUÉES PAR AGENTS PHYSIQUES

9 URGENCES PSYCHIATRIQUES

10 LE TRANSPORT DU PATIENT

11 LES CATASTROPHES

12 ORGANISATION DE L'AIDE MÉDICALE URGENTE

13 TECHNIQUES

14 SUPPLÉMENTS

15 VOCABULAIRE

7

L'ENFANT EN DETRESSE

CONTENU

- 7.1 Introduction
- 7.2 Les premières minutes
chez l'enfant en détresse
- 7.3 Cas particuliers

7.1 Introduction

Lorsque des enfants sont en détresse, il existe souvent, pour l'ambulancier, de nombreuses causes d'hésitation et ces circonstances sont plus déstabilisantes pour vous. La prise en charge d'enfants malades ou blessés n'est pas facile et requiert du doigté, en plus des connaissances techniques.

Les enfants ne sont pas de "petits adultes". Ils présentent des différences psychiques et physiques importantes qui doivent être connues de l'ambulancier.

Dans ce chapitre, nous traiterons surtout de ces différences spécifiques. N'oubliez pas cependant que les principes de base restent les mêmes: un problème respiratoire est un problème respiratoire, chez l'enfant comme chez l'adulte.

COMMENT VOUS COMPORTEZ VIS-À-VIS D'UN ENFANT ?

La prise en charge du patient a été exposée au chapitre 2: " Les premières minutes". Chez l'enfant, vous devez suivre le même schéma directeur que celui décrit dans l'algorithme. Si des enfants sont dans une situation de détresse médicale urgente, il vous faudra, aussi, tenir compte des parents ou d'autres personnes qui auraient la charge de ces enfants.

Lorsque vous réaliserez l'évaluation secondaire chez un enfant conscient, il vous faudra accorder une attention particulière aux aspects psychologiques. Les enfants ne comprennent pas bien ce qui leur arrive et ne sont pas toujours capables d'exprimer clairement ce qui ne va pas. Tout est décidé, de l'extérieur, par "les grands", sans les consulter.

Un enfant sera anxieux, craindra la vue du sang, la douleur, la possible séparation d'avec ses parents, ...

Par ailleurs, dans ses contacts avec le personnel médical, un enfant n'aura pas toujours vécu des expériences heureuses. La blouse blanche est souvent mise en relation avec la douleur et "les piqûres".

L'enfant a souvent le sentiment qu'une maladie ou un accident a été provoqué par quelque chose qu'il ne pouvait pas faire; et il vit l'événement comme une punition. Vous devez tenir compte de toutes ces causes de frayeur et d'angoisse; agissez comme suit:

- Soyez calme, aimable et patient.
- Si l'enfant est conscient, demandez-lui comment il s'appelle, et appelez-le par son prénom. Et pourquoi ne pas lui demander, par exemple, le nom de sa peluche ou de sa poupée?

- Dites clairement que vous venez pour l'aider, que votre intervention n'a rien d'une "punition".
- Respectez l'enfant: posez vos questions d'abord à l'enfant, et ensuite aux parents. Restez honnête avec l'enfant: dites-lui toujours ce que vous allez faire et prévenez-le si ces gestes risquent de provoquer une douleur. Lors de la pose d'une attelle, par exemple, prévenez l'enfant. Donnez des réponses simples et compréhensibles aux questions que la petite victime pose.
- Laissez l'enfant, dans la mesure du possible, en présence d'une personne en qui il a confiance. Ce rôle est tenu de préférence par les parents, mais seulement dans le cas où ces derniers ne sont pas eux-mêmes trop déstabilisés par l'accident.

Adaptez-vous toujours à l'âge de l'enfant:

- Laissez pleurer les bébés et les bambins. C'est leur seul moyen de défense. Présentez-leur éventuellement quelque chose qui puisse les distraire: un jouet ou une peluche. Continuez à leur parler gentiment et doucement. Si cela est possible, ne les couchez pas sur un grand brancard, mais prenez-les sur vos genoux.
- Les enfants plus grands, les enfants en âge d'école sont curieux. Expliquez-leur, en termes simples, ce que vous faites et pourquoi. Laissez-les s'impliquer dans votre action, si cela est possible. Montrez-leur le matériel que vous utilisez: le coffre de pansements, l'éclairage de l'ambulance... Laissez-les prendre avec eux un objet familier: une peluche ou un cartable.
- Les grands enfants font confiance à l'ambulancier. Respectez leurs soucis de ne pas transmettre certains détails aux parents. Les données importantes seront transmises au service des urgences, et le médecin décidera s'il doit en informer ou non les parents.

COMMENT FAUT-IL SE COMPORTER VIS-À-VIS DES PARENTS OU DES PERSONNES QUI ONT LA CHARGE DES ENFANTS?

Les parents ou les personnes qui ont la charge des enfants sont généralement très inquiets lorsque quelque chose survient. Ces conséquences d'un accident ne sont pas toujours prévisibles. Ces personnes peuvent réagir de manière excessive ou développer une réelle panique. L'entourage peut avoir tendance à surévaluer la gravité de la situation, et peut décrire celle-ci exagérément, pour accélérer l'intervention des secours. Il arrive aussi que des sentiments de culpabilité jouent un rôle: "Si j'avais été plus attentif, cela ne serait pas arrivé."

- Restez calme et patient.
- Ne réagissez pas à des reproches ou à des agressions.
- N'exprimez pas de reproches ("Pourquoi avez-vous attendu aussi longtemps pour?...")

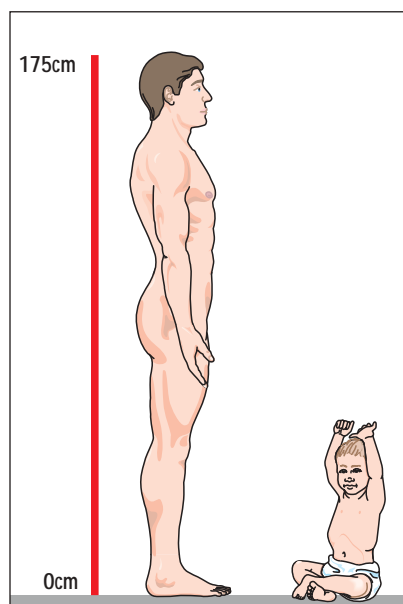
- Calmement, posez correctement les questions nécessaires: "Que s'est-il passé? Quand est-ce arrivé? L'enfant est-il malade? L'enfant a-t-il reçu des médicaments?" Etc.
- Expliquez ce que vous faites, les raisons de votre action.
- Si les parents sont paniqués, confiez-leur une tâche pour occuper leur esprit. Demandez-leur, par exemple, de rassembler les flacons de médicaments vides ou de chercher le carnet de mutuelle, etc. Tentez de maintenir le contact avec une tierce personne plus calme. Expliquez clairement vers quel hôpital l'enfant est transporté et permettez à un des parents de vous accompagner. Demandez aux parents de se munir de leur carte d'identité et du carnet de mutuelle. Déconseillez-leur de suivre l'ambulance, mais conseillez-leur plutôt de se rendre, calmement et en sécurité, à l'hôpital où vous emmenez leur enfant.

QUELLES SONT LES DIFFÉRENCES MÉDICALES IMPORTANTES ENTRE L'ENFANT ET L'ADULTE?

Sachez d'abord que chez les enfants, on distingue trois groupes d'âge:

- les **bébés** et les **nourrissons**: ils ont moins de 12 mois;
 - les **jeunes enfants**: ils ont entre 1 et 8 ans;
 - les **adolescents** ou jeunes adultes: ils sont âgés de plus de 8 ans et de moins de 14 ans.
- Un enfant possède une **quantité de sang** inférieure à celle d'un adulte. Il peut donc développer un état de choc par perte de sang, même lors de lésions relativement minimales et une hémorragie mortelle peut survenir plus facilement.

FIG. 7.1.
.....
DIFFÉRENCES ANATOMIQUES
ENTRE L'ENFANT ET L'ADULTE
.....



Légende: Proportionnellement au reste du corps, la tête d'un enfant est plus grande que celle d'un adulte.

- Un enfant présente un **rythme cardiaque** plus rapide que celui d'un adulte. Alors que le rythme cardiaque normal d'un adulte est de ± 80 pulsations par minute, le rythme moyen d'un bébé est de ± 130 pulsations par minute. Chez le jeune enfant, la moyenne est de 100 pulsations par minute.
- La **tête** est, par rapport au reste du corps, relativement plus grosse chez l'enfant que chez l'adulte. Lors d'une chute, l'enfant court donc plus de risques de tomber sur la tête.
- Un enfant possède des **voies respiratoires** plus étroites qui présentent plus de zones de tissus mous. Les ouvertures de l'œsophage et de la trachée sont plus rapprochées que chez l'adulte. Par conséquent, les risques d'asphyxie par obstruction de ces voies respiratoires plus étroites (morceau de nourriture, cacahuète, ...) sont, par conséquent, relativement plus fréquents.

Les enfants présentent un rythme respiratoire plus rapide que celui de l'adulte. Un bébé respire ± 40 fois par minute, un enfant ± 25 fois par minute, un adulte ± 20 fois par minute.

Les enfants, par comparaison aux adultes, perdent plus rapidement des liquides (par la transpiration, une diarrhée, ...) et risquent donc de se déshydrater plus rapidement.

7.2 Les premières minutes d'intervention chez l'enfant en détresse



Les principes de base décrits dans le chapitre 2 restent d'application: évaluez la situation dans son ensemble, veillez d'abord à votre propre sécurité, dirigez-vous ensuite vers le petit patient.

L'ÉVALUATION PRIMAIRE

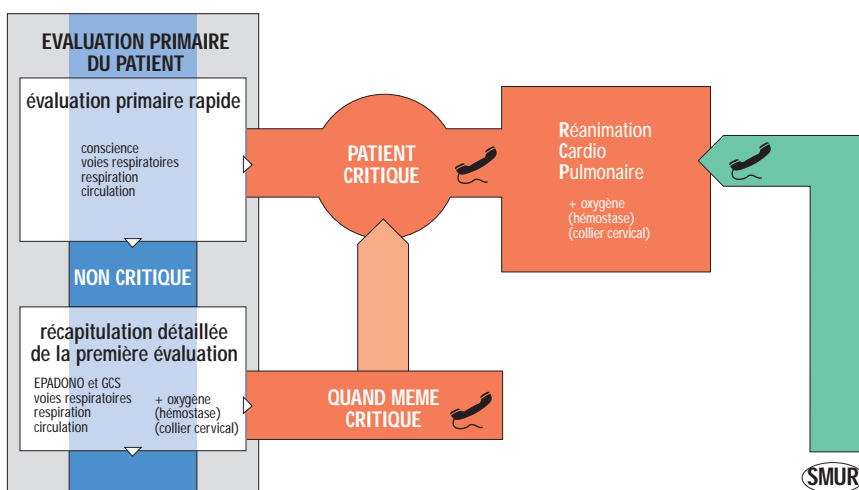
Chez l'enfant, vous réalisez aussi une évaluation primaire: vous contrôlez les fonctions vitales selon la procédure ABC.

1. LE BÉBÉ OU L'ENFANT EST-IL CONSCIENT?

Parlez au bébé ou à l'enfant. Appelez-le par son prénom. Demandez à l'enfant de bouger ou de réaliser quelque chose de précis. Battez des mains près de la figure d'un bébé. Si vous ne constatez pas de réaction, réalisez une stimulation, par exemple: chatouillez la plante des pieds. Si l'enfant ne réagit pas à ces stimuli, vous pouvez conclure à l'inconscience. Si l'enfant est conscient, essayez de lui parler. Poursuivez par le contrôle de la respiration et du pouls.

FIG. 7.2

EXAMEN PRIMAIRE DE L'ENFANT



2. LES VOIES RESPIRATOIRES SONT-ELLES DÉGAGÉES?

3.1
←

Si vous suspectez une obstruction des voies respiratoires par un corps étranger, procédez comme décrit au chapitre 3. N'enlevez que les corps étrangers visibles et ne pratiquez pas une tentative de nettoyage avec les doigts. Dégagez les voies respiratoires en basculant la tête et en réalisant une élévation antérieure du menton. Ne basculez pas la tête trop fort.

3. UNE VENTILATION DOIT-ELLE ÊTRE RÉALISÉE?

Regardez, sentez et écoutez la respiration.
Ventilez si nécessaire, en réalisant la ventilation artificielle bouche-à-nez.

4. LA CIRCULATION SANGUINE EST-ELLE EFFICACE?

Chez un bébé, on prend le pouls au niveau de l'artère brachiale ou dans le creux de l'aïne:

- Surélevez le bras.
- Posez 2 à 3 doigts sur la face interne du bras, en plaçant le pouce sur la face externe.
- Il n'est pas réellement facile de palper l'artère brachiale. Contrôlez donc avec insistance, avant de conclure à l'arrêt cardiaque chez un bébé (fig. 7.3).

L'artère fémorale est palpée au moyen de trois doigts placés dans le creux de l'aïne du bébé (fig. 7.3).

- On mesure le rythme du pouls chez l'enfant comme chez l'adulte (vous l'avez appris au chapitre 3).

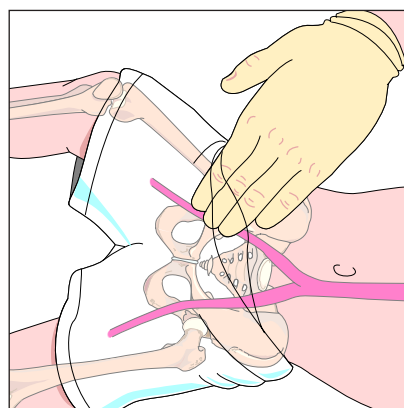
Si l'examen primaire le permet, vous pouvez passer à l'évaluation secondaire et réaliser le transport.

FIG. 7.3

PRISE DU POULS CHEZ UN ENFANT



Au niveau du bras.



Au niveau de l'aïne.

7.3 Cas particuliers

L'ENFANT EN DÉTRESSE RESPIRATOIRE

Les enfants présentent plus rapidement des problèmes respiratoires que les adultes, ils possèdent en effet des **voies respiratoires** plus étroites et une plus petite réserve d'air inspiré.

La **trachée** du bébé ou du jeune enfant est constituée de cartilage mou. Si vous basculez la tête trop fort, trop loin en arrière, vous pouvez comprimer la trachée par la poussée des tissus qui l'entourent.

La **langue** des enfants est relativement grande et peut facilement bloquer les voies respiratoires supérieures en s'affaissant dans la gorge.

Dès que vous remarquez qu'un enfant présente des difficultés respiratoires, vous devez en rechercher la cause aussi rapidement que possible.

Quelles sont les causes de difficultés respiratoires?

L'obstruction par un corps étranger.

Des bonbons, des billes ou des yeux d'animaux en peluche sont parfois pris et sucés en bouche; ils constituent un réel danger d'obstruction des voies respiratoires. Dans ces circonstances, un enfant en bonne santé qui était en train de jouer peut présenter, brutalement, une détresse respiratoire.



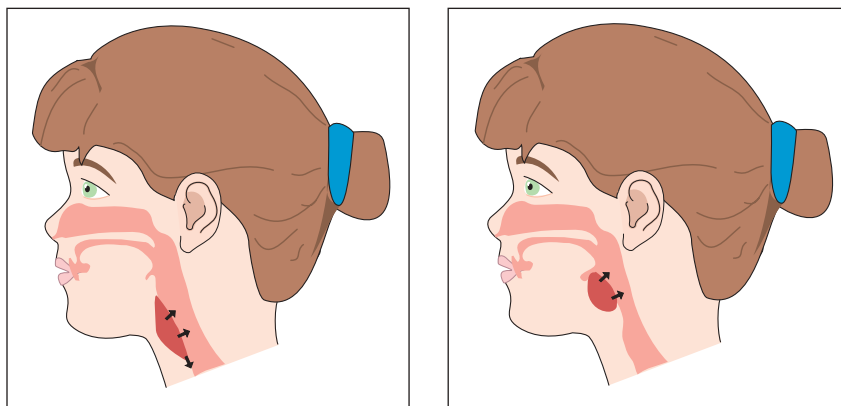
Si vous constatez une obstruction des voies respiratoires, agissez comme décrit dans le chapitre 3. Si, en présence d'une dyspnée, vous ne constatez pas d'obstruction évidente des voies respiratoires, n'en effectuez pas les manœuvres de dégagement, car celles-ci peuvent être dangereuses pour l'enfant.

Inflammation des voies respiratoires supérieures.

Le **croup (diphthérie)** est une maladie provoquée par une bactérie. Le croup est dangereux car, dans cette maladie, il se forme des membranes dans la gorge. Celles-ci obstruent les voies respiratoires, ce qui peut entraîner, finalement, une asphyxie. Suite à la vaccination de tous les enfants, la diphthérie est devenue rare dans notre pays. Cependant, cette maladie peut encore se rencontrer chez des immigrants en provenance de pays où l'obligation de vaccination est inexistante ou peu appliquée.

Il existe également un "faux croup". Ceci est une inflammation moins dangereuse des voies respiratoires. On l'appelle également "**laryngite striduleuse**", car cette inflammation provoque un rétrécissement du larynx. Pendant la journée, le pseudo-croup ne donne que peu de problèmes, mais pendant le sommeil les signes de détresse s'aggravent et les voies respiratoires peuvent s'obstruer. On entend alors un bruit caracté-

FIG. 7.4.



Laryngite:
inflammation au niveau du larynx.

Epiglottite:
inflammation au niveau
de l'épiglotte.

ristique durant l'inspiration que l'on appelle "stridor". L'enfant présente parfois une toux aboyante.

L'enfant se sent mieux dans une ambiance chaude et humide (comme dans la salle de bains). Les parents auront probablement déjà reçu ce conseil de leur médecin traitant.

Epiglottite Cette maladie apparaît suite à une infection par une bactérie. Celle-ci entraîne une inflammation de l'épiglotte et la fait gonfler, ce qui provoque une obstruction des voies respiratoires. L'enfant est très malade et respire difficilement. On entend dans ce cas également le bruit typique du "**stridor inspiratoire**". L'enfant présente de la douleur à la déglutition, ainsi qu'une fièvre élevée. Parfois l'enfant présente de telles difficultés à avaler qu'il laisse de la salive s'écouler de la bouche.

Il est important de distinguer ces problèmes inflammatoires des autres difficultés respiratoires, provoquées par de petits objets de l'environnement de l'enfant. La présence de ceux-ci permet de penser à une obstruction mécanique des voies respiratoires.

Asthme **L'asthme** est très fréquent chez l'enfant et le jeune adulte, surtout dans un contexte allergique (poussière de maison, pollen, graminées, alimentation...)

La peur et les émotions favorisent les crises d'asthme. Le contact avec une substance à laquelle l'enfant est allergique (l'allergène) engendre un rétrécissement des petites bronches et ceci entraîne une difficulté expiratoire. L'expiration est prolongée au-delà de la normale et s'accompagne de bruits piaulants. Si la crise d'asthme est sévère et persiste (état asthmatique), une détresse respiratoire dangereuse s'installe.

Apprenez à faire la différence: les problèmes sont nettement expiratoires dans le cas de l'asthme, alors que dans les cas de laryngite et d'épiglottite, c'est l'inspiration qui est difficile.

 Comment évaluer la détresse respiratoire chez l'enfant?



Contrôlez la conscience, la respiration et la circulation (ABC) comme décrit dans **l'examen primaire rapide** (chapitre 2). Commencez immédiatement une réanimation si cela est nécessaire (chapitre 3).

Si le petit patient est encore conscient et que la respiration et la circulation sont correctes, vous pouvez commencer **l'évaluation primaire approfondie**. Dans le cas des détresses respiratoires, votre recherche portera sur les mêmes points que ceux que nous avons déjà décrits à propos des difficultés respiratoires: la **conscience** est-elle altérée? Utilisez l'échelle EPADONO. Lors de difficultés respiratoires importantes, l'enfant peut être obnubilé. De plus, l'enfant est parfois fortement agité.

Mesurez la **fréquence respiratoire**. Elle peut être trop basse ou trop élevée. Ecoutez les bruits de la respiration: des sifflements à l'expiration indiquent de l'asthme, tandis que le stridor à l'inspiration indique le pseudo-croup ou une épiglottite.

Observez la **coloration** de l'enfant. Est-il pâle? Voyez-vous une cyanose?

Au cours de l'évaluation secondaire, vous interrogez les parents ou les membres de la famille au sujet des antécédents de l'enfant et vous demandez si l'enfant prend des médicaments. Emportez toujours ces médicaments au service des urgences.

 L'ALTÉRATION DE LA CONSCIENCE
 CHEZ L'ENFANT

Plusieurs affections peuvent altérer l'état de conscience d'un enfant. Une méningite (inflammation des méninges) ou une septicémie (infection généralisée dans le sang) peuvent modifier l'état de conscience. Certaines intoxications ou certains accidents peuvent diminuer l'état de conscience. Comme ambulancier, il vous est difficile de poser un diagnostic précis. Recherchez cependant certains signes importants.



 Comment évaluer l'altération de l'état de conscience?

Observez les circonstances dans lesquelles vous trouvez l'enfant. Signes de traumatisme? Signes d'intoxication?



Vérifiez si l'enfant réagit aux ordres simples. Déterminez l'échelle EPADONO (chapitre 2).

Estimez la température de la peau de la petite victime. Demandez des informations aux parents ou aux témoins: par exemple, quels sont les médicaments que l'enfant prend habituellement?

Comment agir chez un enfant qui présente une altération de l'état de conscience?

L'abord de l'enfant inconscient est identique à celui de l'adulte inconscient.



- Contrôlez les fonctions vitales.
- Dégagez les voies respiratoires.
- Administrez de l'oxygène.
- Demandez l'intervention du SMUR.
- Transportez l'enfant vers l'hôpital tout en surveillant les fonctions vitales.
- Emportez à l'hôpital les éventuels médicaments pris par l'enfant.

L'ENFANT QUI PRÉSENTE DES CONVULSIONS

Les convulsions peuvent avoir des causes diverses. L'enfant peut, comme un adulte, être atteint d'épilepsie. Chez les enfants, les convulsions liées à la fièvre sont très fréquentes. Un enfant diabétique en hypoglycémie peut présenter des convulsions.

Quelles sont les causes de convulsions chez les enfants?

L'épilepsie. Les enfants peuvent, comme les adultes, souffrir de diverses formes d'**épilepsie**. Seule la forme généralisée de l'épilepsie (la crise "grand mal") est importante dans la pratique de l'ambulancier. En effet, cette forme de crise peut être une menace vitale sérieuse, ou du moins, laisser des séquelles permanentes importantes.

Les convulsions causées par la fièvre. Chez les enfants de moins de 5 ans, les convulsions liées à la fièvre sont fréquentes. Environ 4 à 6% des enfants présentent une crise de convulsions au cours de leurs premières années. Quarante pour-cent de ces convulsions sont des convulsions d'**hyperthermie**. Ces crises sont plus fréquentes dans certaines familles où elles peuvent atteindre un tiers des enfants.

La cause en est souvent une infection accompagnée de poussées brusques de température. Les convulsions durent rarement plus de 15 minutes. Ces crises de convulsions disparaissent avec l'âge.

Convulsions hypoglycémiques. Cette forme de crise convulsive peut aussi être provoquée par une **hypoglycémie** chez l'enfant diabétique.

Comment faire face à un enfant qui présente des convulsions?



Comme pour l'adulte, commencez par réaliser une évaluation générale de la situation du patient atteint de convulsions (chapitre 5).

Lorsque l'enfant convulse encore au moment de votre arrivée:

- Couchez l'enfant sur le sol, pour qu'il ne puisse pas se blesser en tombant.
- Demandez l'intervention du SMUR.
- Ventilez si cela est nécessaire et administrez de l'oxygène au masque avec réservoir (4- 6 l/min.). Interrogez la famille ou l'entourage: l'enfant est-il épileptique? A-t-il subi un traumatisme récent, comme une chute? Est-il diabétique? A-t-il de la fièvre?

Les convulsions d'hyperthermie nécessitent une prise en charge particulière:

- Essayez de diminuer la fièvre en abaissant la température corporelle: déshabillez l'enfant, aspergez-le d'eau tiède ou enveloppez-le dans des linges humides.
- Couvrez l'enfant légèrement (avec un drap) et transportez-le vers le service des urgences. Contrôlez en permanence les paramètres vitaux.
- Attention: les convulsions d'hyperthermie sont aussi dangereuses que les autres convulsions.

Si la crise de convulsions liées à la fièvre dure plus de 3 minutes ou si l'enfant est encore en crise convulsive à votre arrivée (ce qui indique que l'accès dure déjà depuis longtemps), pensez plutôt à une vraie crise d'épilepsie (état de mal épileptique). Appelez toujours le SMUR.

LA SYNCOPE CHEZ L'ENFANT



Une syncope ou un "évanouissement" est une perte de connaissance brève suite à une diminution de la circulation au niveau du cerveau. L'évaluation et la prise en charge d'une syncope sont expliquées au chapitre 5.

"BREATH HOLDING SPELL" - "SPASME DU SANGLOT"

Un "breath holding spell" (littéralement une "crise de retenir sa respiration") peut survenir chez les enfants et les bambins, Ce genre de spasme arrive généralement au cours d'une crise de colère.

Il est possible de reconnaître un spasme du sanglot aux caractéristiques suivantes:

L'enfant s'arrête de respirer après une expiration profonde et complète. Il devient cyanotique et pâle et peut perdre brièvement conscience.

On observe parfois quelques contractions musculaires brèves qu'il ne faut pas confondre avec de véritables convulsions.

La "crise" se termine spontanément et est toujours bénigne.

LA NOYADE (OU "PRESQUE NOYADE") CHEZ L'ENFANT

La noyade est, après les accidents de roulage et les tumeurs malignes, la cause de mortalité la plus importante chez les enfants de plus de 1 an. La moitié des victimes de noyade sont, en effet, âgées de moins de 15 ans et un tiers de celles-ci ont moins de 5 ans.

Comme chez les adultes, la noyade provoque chez les enfants un manque d'oxygène aigu, dû à l'invasion d'eau dans les poumons ("**noyade humide**") ou à des spasmes du larynx ("**noyade sèche**").

On parle de "**presque noyade**" lorsque le patient survit dans les premiers moments à la noyade. Cependant, des complications tardives peuvent survenir à cause de lésions pulmonaires nerveuses anoxiques.

Que faire en face d'une noyade d'enfant?



Utilisez les techniques de réanimation adéquates telles qu'elles ont été décrites au chapitre 3. En particulier:

- Laissez vomir l'eau.
- Soyez attentif aux lésions des vertèbres cervicales. Adaptez votre technique à cette éventualité.
- Prolongez la réanimation si le patient est en hypothermie suite au contact avec l'eau froide.

Un enfant peut avoir ingéré de grandes quantités d'eau. S'il vomit au cours de la réanimation, vous devez dégager les voies respiratoires en tournant la tête, cela en aspirant.

L'ENFANT TRAUMATISÉ

Les traumatismes constituent la première cause de décès chez l'enfant. Parmi ceux-ci, les accidents de la route restent la cause principale de décès. D'autres enfants se blessent en jouant (vélos, skate board, cadres à grimper...). En effet, les enfants sont curieux et ils ne savent pas bien évaluer le danger. Ainsi, des enfants tombent, se brûlent ou sont écrasés par des objets lourds sur lesquels ils avaient grimpé. La maltraitance peut également être la cause de lésions graves.

Une combinaison de lésions multiples est fréquente chez l'enfant renversé par une voiture:

- Fractures du fémur ou des jambes.
- Contusions du thorax ou de l'abdomen.
- Lésions de la tête.

Comment prendre en charge un enfant traumatisé?

L'évaluation et le traitement d'un traumatisme sont en principe identiques chez l'enfant et chez l'adulte.

- Évaluez d'abord la situation dans son ensemble, veillez à votre propre sécurité. Décidez de la nécessité d'une éventuelle aide supplémentaire (police, pompiers, SMUR, autres ambulances).
- Lors de **l'examen primaire**, contrôlez l'état de la conscience, de la respiration et de la circulation. Si l'enfant se trouve dans un état critique, faites appel au SMUR.
- Soutenez les fonctions vitales si c'est nécessaire: ventilation, traitement du choc, contrôle des hémorragies.
- Décidez de la nécessité de placer une minerve.
- Administrez de l'oxygène au masque avec réservoir (15 l/min.).

Si la situation de l'enfant n'est pas critique, réalisez **l'évaluation secondaire**:

- Interrogez la petite victime et les témoins. Rassurez l'enfant.
- Observez attentivement le petit patient et recherchez les lésions visibles.
- Couvrez les plaies et immobilisez les fractures.
- Surveillez continuellement les fonctions vitales. Faites toujours appel au SMUR dans les cas d'asphyxie.
- Transportez l'enfant à l'hôpital.

Quelles précautions particulières la prise en charge d'un traumatisé chez l'enfant demande-t-elle?

Les techniques utilisées pour le dégagement des voies respiratoires doivent être choisies en craignant particulièrement d'éventuelles lésions de la **colonne cervicale**. Utilisez, par exemple, la surélévation du menton, adaptée à l'enfant (chapitre 3).

Le volume sanguin total de l'enfant est plus petit que celui de l'adulte. Une perte de sang importante (visible ou interne, et par conséquent invisible) causera plus rapidement un état de choc. Par rapport aux adultes, les enfants ont une tête proportionnellement plus grande et des muscles du cou proportionnellement moins développés. Toute lésion de la tête devra donc faire craindre une lésion de la colonne cervicale.

FIG. 7.5

IMMOBILISATION DE LA COLONNE
CERVICALE DANS UN SIEGE
D'AUTO POUR BÉBÉ.



Légende: lorsque vous craignez une lésion de la colonne cervicale ou du crâne, un siège d'auto pour bébé peut être utilisé pour immobiliser le crâne et la colonne cervicale. Immobilisez la tête en employant un drap roulé et des bandages.

Placez une minerve chez tous les enfants qui présentent une plaie au niveau de la tête ou de la nuque, accompagnée d'une altération de l'état de conscience. Si l'enfant se plaint de douleurs dans la nuque, de picotements dans les membres ou d'un déficit de mouvements, placez une minerve. Choisissez une minerve de taille correcte. Il est possible d'immobiliser la nuque en asseyant l'enfant dans un siège d'auto pour bébé. Stabilisez la tête de part et d'autre à l'aide de draps roulés. Si cela est nécessaire, un des sauveteurs peut soutenir la tête manuellement.



On enlève un casque de moto d'enfant en employant la même technique que pour l'adulte (cfr chapitre 10).

L'ENFANT MALTRAITÉ

La maltraitance d'enfants est rencontrée de plus en plus fréquemment. Elle se rencontre dans toutes les couches sociales mais elle est généralement cachée.

La maltraitance d'enfants peut être la conséquence de l'incapacité des parents de résoudre certains problèmes personnels ou familiaux. La frustration causée par cette difficulté peut entraîner l'agression d'un ou de plusieurs des enfants. Les formes de sévices sont très variées et consistent par exemple à frapper et secouer violemment l'enfant, à brûler ou abuser de lui sexuellement.

Dans d'autres situations, les enfants sont négligés; ils sont privés de nourriture ou de boisson, on ne s'occupe plus d'eux, on ne les cajole plus. Les signes suivants peuvent évoquer la maltraitance:

- L'enfant présente des lésions et des blessures diverses. On constate fréquemment la présence simultanée d'anciennes et de nouvelles blessures. L'accident qui est à l'origine de l'appel au centre 100 peut avoir eu lieu plusieurs jours auparavant.
- L'enfant et/ou les parents ont un comportement bizarre. Les parents, par exemple, ne sont pas intéressés par l'état de leur enfant, donnent des explications avec réticence et leurs explications paraissent invraisemblables.

Il faut souligner qu'il s'agit toujours de soupçons et non de preuves de maltraitance. De toute façon, votre intervention doit rester irréprochable.

Comment vous comporter devant une suspicion de maltraitance d'enfant?

Prenez les choses en main en professionnel des soins de santé, occupez-vous d'abord des traumatismes comme décrit plus haut.

Abordez l'enfant et les parents avec le tact nécessaire.

Ecoutez ce que l'on vous explique et observez soigneusement la situation. Gardez vos observations pour vous, n'en faites pas part aux parents.

Transmettez au médecin du service des urgences, discrètement, aussi clairement et aussi objectivement que possible, ce que vous avez enten-

du et observé. Le médecin prendra les mesures nécessaires pour la suite et en discutera avec vous.

Notez toutes les données collectées et les informations transmises sur votre feuille de route, car cela peut avoir des implications médico-légales.

LES INTOXICATIONS

Les accidents provoqués par des substances toxiques sont fréquents chez les enfants. Ces accidents surviennent dans la tranche d'âge de 1 à 5 ans, et un peu plus fréquemment chez les garçons que chez les filles. A partir de l'âge de 10 ans, la fréquence des intoxications augmente à nouveau, surtout chez l'adolescent. Il s'agit alors, non pas d'accidents, mais de la prise volontaire de certaines substances.

Les intoxications chez les enfants sont surtout provoquées par des produits ménagers, des peintures, des dérivés de produits pétroliers et des médicaments.

La toxicité d'une substance dépend d'un certain nombre de facteurs: la quantité qui a été prise, le poids corporel de la petite victime, la manière dont le produit a été mis en contact avec l'organisme.

Il est parfois possible de déduire la quantité de produit qui a été absorbée, en vérifiant la quantité restante dans l'emballage. Cette notion de quantité, ainsi que la notion de temps écoulé depuis la prise de la substance, déterminent les symptômes qui apparaissent et orientent le traitement. Collectez ces informations essentielles avant de partir pour l'hôpital. N'oubliez surtout pas d'emporter les emballages vides et les restes de substance suspecte à l'hôpital.

Que faire en présence d'une intoxication?



Le traitement est similaire, dans ses grandes lignes, à celui décrit pour l'adulte au chapitre 5.

N'oubliez pas cependant que la même quantité de produit peut avoir des conséquences beaucoup plus graves chez l'enfant que chez l'adulte.

Dans le cas de l'ingestion par la bouche, les mêmes conseils que chez l'adulte (chapitre 5) sont d'application. Veillez à ce que l'enfant ne vomisse pas après la prise de substances corrosives.

Le traitement de l'intoxication oxycarbonée chez l'enfant est identique à celui de l'adulte.

LA "MORT SUBITE DU NOUVEAU-NÉ"

On parle de "mort subite du nouveau-né" (en anglais "Sudden Infant Death Syndrome" ou SIDS) lorsqu'un bébé décède d'un arrêt respiratoire dans son sommeil, cela sans aucun signe prémonitoire de maladie ou de malformations congénitales.

La cause précise de la mort subite du nouveau-né n'est pas connue complètement. On pense que le sommeil en position ventrale ou l'emploi de couvertures trop épaisses pourraient jouer un rôle. Si, dans une famille, un enfant est décédé de "mort subite du nourrisson", on prend des précautions particulières pour les autres enfants.

La seule aide possible à un bébé en arrêt respiratoire et cardiaque est la réanimation. Demandez toujours dans ce cas l'assistance du SMUR.



Nous vous renvoyons au chapitre 3 pour la description des techniques de réanimation pour les bébés et les enfants.

Au moment de votre arrivée, le bébé est souvent déjà décédé. La réanimation ne sera donc pas souvent efficace. Si vous observez des lividités cadavériques, il n'est plus utile de tenter une réanimation.

Les parents qui viennent de vivre un tel drame doivent être entourés et aidés.

RÉSUMÉ DU CHAPITRE 7

Dans votre pratique d'ambulancier, vous devez vous rappeler que les enfants ne sont pas "de petits adultes".

L'enfant présente des différences psychiques et physiques par rapport à l'adulte.


L'évaluation primaire reste cependant la même que chez l'adulte:

- **Surveillance de l'état de conscience**
- **Surveillance de l'état respiratoire**
- **Surveillance de l'état circulatoire**

Soyez calme, respectez l'enfant.

Calmez les parents, demandez leur un maximum d'informations.

Rappelez-vous, durant le transport, que les enfants souffrent beaucoup plus vite d'hypothermie que l'adulte.



1	LE CORPS HUMAIN
2	LES PREMIÈRES MINUTES
3	LES AFFECTIONS À RISQUE VITAL
4	LE PATIENT TRAUMATISÉ
5	MALADIES ET INTOXICATIONS
6	GROSSESSE ET ACCOUCHEMENT INOPINÉ
7	L'ENFANT EN DÉTRESSE
8	URGENCES PROVOQUÉES PAR AGENTS PHYSIQUES
9	URGENCES PSYCHIATRIQUES
10	LE TRANSPORT DU PATIENT
11	LES CATASTROPHES
12	ORGANISATION DE L'AIDE MÉDICALE URGENTE
13	TECHNIQUES
14	SUPPLÉMENTS
15	VOCABULAIRE