

**MINISTÈRE DE L'ENSEIGNEMENT  
SUPERIEUR ET DE LA  
RECHERCHE SCIENTIFIQUE**



**REPUBLIQUE DU MALI  
Un Peuple-Un But- Une foi**

**UNIVERSITE DES SCIENCES, DES TECHNIQUES ET  
DES TECHNOLOGIES DE BAMAKO (USTTB)**

## **FACULTÉ DE MÉDECINE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE**

**Année Universitaire 2013-2014 Thèse N°/\_\_\_/**

**TITRE :**

# **ACCIDENTS DOMESTIQUES CHEZ LES ENFANTS DE 0 à 15 ANS EN COMMUNE I DU DISTRICT DE BAMAKO**

**THÈSE :**

**Présentée et soutenue publiquement le 19 /11/ 2014**

**Devant la Faculté de Médecine, et d'Odonto-stomatologie**

**Par :**

*WASSA OUSMANE TOURE épouse MAÏGA*

**Pour obtenir le grade de docteur en médecine**

**(Diplôme d'état)**

**Président : Pr Abdoulaye Ag RHALY**

**Membre : Dr Ouazoun COULIBALY**

**Co-directrice de thèse: Dr KEITA Assa SIDIBE**

**Directeur de thèse : Pr Hamadoun SANGHO**

**FACULTE DE MEDECINE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE**

**ANNEE UNIVERSITAIRE 2013 - 2014**

**ADMINISTRATION**

DOYEN : Seydou DOUMBIA - PROFESSEUR

VICE-DOYEN : Ousmane FAYE -MAITRE

SECRETAIRE PRINCIPAL : MAHAMADOU DIAKITE- MAITRE DE CONFERENCE

AGENT COMPTABLE : MADAME COULIBALY FATOUMATA TALL - CONTROLEUR DES FINANCES

**LES PROFESSEURS A LA RETRAITE**

Mr Alou BA †	Ophthalmologie
Mr Bocar SALL	Orthopédie Traumatologie - Secourisme
Mr Yaya FOFANA	Hématologie
Mr Mamadou L. TRAORE	Chirurgie Générale
Mr Balla COULIBALY	Pédiatrie
Mr Mamadou DEMBELE	Chirurgie Générale
Mr Mamadou KOUMARE	Pharmacognosie
Mr Ali Nouhoum DIALLO	Médecine interne
Mr Aly GUINDO	Gastro-Entérologie
Mr Mamadou M. KEITA	Pédiatrie
Mr Siné BAYO	Anatomie-Pathologie-Histoembryologie
Mr Sidi Yaya SIMAGA	Santé Publique
Mr Abdoulaye Ag RHALY	Médecine Interne
Mr Boukassoum HAIDARA	Législation
Mr Boubacar Sidiki CISSE	Toxicologie
Mr Massa SANOGO	Chimie Analytique
Mr Sambou SOUMARE	Chirurgie Générale
Mr Sanoussi KONATE	Santé Publique
Mr Abdou Alassane TOURE	Orthopédie - Traumatologie
Mr Daouda DIALLO	Chimie Générale & Minérale
Mr Issa TRAORE	Radiologie
Mr Mamadou K. TOURE	Cardiologie
Mme SY Assitan SOW	Gynéco-Obstétrique
Mr Salif DIAKITE	Gynéco-Obstétrique
Mr Abdourahamane S. MAIGA	Parasitologie
Mr Abdel Karim KOUMARE	Chirurgie Générale
Mr Amadou DIALLO	Biologie
Mr Mamadou L. DIOMBANA	Stomatologie

**LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT PAR D.E.R. & PAR GRADE**

**D.E.R. CHIRURGIE ET SPECIALITES CHIRURGICALES**

**1. PROFESSEURS**

Mr Kalilou OUATTARA	Urologie
Mr Amadou DOLO	Gynéco Obstétrique
Mr Alhousseini Ag MOHAMED	O.R.L.
Mr Djibril SANGARE	Chirurgie Générale
Mr Abdel Kader TRAORE Dit DIOP †	Chirurgie Générale, <b>Chef de D.E.R</b>
Mr Gangaly DIALLO	Chirurgie Viscérale
Mme TRAORE J. THOMAS	Ophthalmologie
Mr Nouhoum ONGOIBA	Anatomie & Chirurgie Générale
Mr. Mamadou TRAORE	Gynéco-Obstétrique
Mr Youssouf COULIBALY	Anesthésie – Réanimation

**2. MAITRES DE CONFERENCES**

Mr Abdoulaye DIALLO	Ophthalmologie
---------------------	----------------

Mr Filifing SISSOKO	Chirurgie Générale
Mr Sékou SIDIBE	Orthopédie. Traumatologie
Mr Abdoulaye DIALLO	Anesthésie - Réanimation
Mr Tiéman COULIBALY	Orthopédie Traumatologie
Mr Sadio YENA	Chirurgie Thoracique
Mr Zimogo Zié SANOGO	Chirurgie Générale
Mr Mohamed KEITA	ORL
Mr Mady MACALOU	Orthopédie/Traumatologie
Mme TOGOLA Fanta KONIPO †	ORL
Mr Ibrahim ALWATA	Orthopédie - Traumatologie
Mr Sanoussi BAMANI	Ophtalmologie
Mr Tiemoko D. COULIBALY	Odontologie
Mme Diénéba DOUMBIA	Anesthésie/Réanimation
Mr Bouraïma MAIGA	Gynéco/Obstétrique
Mr Niani MOUNKORO	Gynécologie/Obstétrique
Mr Zanafon OUATTARA	Urologie
Mr Adama SANGARE	Orthopédie - Traumatologie
Mr Aly TEMBELY	Urologie
Mr Samba Karim TIMBO	ORL
Mr Souleymane TOGORA	Odontologie
Mr Lamine TRAORE	Ophtalmologie
Mr Issa DIARRA	Gynéco-Obstétrique
Mr Djibo Mahamane DIANGO	Anesthésie-réanimation
Mr Adégné TOGO	Chirurgie Générale

### 3. MAITRES ASSISTANTS

Mr Youssouf SOW	Chirurgie Générale
Mr Moustapha TOURE	Gynécologie/Obstétrique
Mr Mamadou DIARRA	Ophtalmologie
Mr Boubacary GUINDO	ORL
Mr Moussa Abdoulaye OUATTARA	Chirurgie Générale
Mr Birama TOGOLA	Chirurgie Générale
Mr Bréhima COULIBALY	Chirurgie Générale
Mr Adama Konoba KOITA	Chirurgie Générale
Mr Lassana KANTE	Chirurgie Générale
Mr Mamby KEITA	Chirurgie Pédiatrique
Mr Hamady TRAORE	Odonto-Stomatologie
Mme KEITA Fatoumata SYLLA	Ophtalmologie
Mr Drissa KANIKOMO	Neuro Chirurgie
Mme Kadiatou SINGARE	ORL
Mr Nouhoum DIANI	Anesthésie-Réanimation
Mr Aladji Seïdou DEMBELE	Anesthésie-Réanimation
Mr Ibrahima TEGUETE	Gynécologie/Obstétrique
Mr Youssouf TRAORE	Gynécologie/Obstétrique
Mr Lamine Mamadou DIAKITE	Urologie
Mme Fadima Koréissy TALL	Anesthésie Réanimation
Mr Mohamed KEITA	Anesthésie Réanimation
Mr Broulaye Massaoulé SAMAKE	Anesthésie Réanimation
Mr Yacaria COULIBALY	Chirurgie Pédiatrique
Mr Seydou TOGO	Chirurgie Thoracique et Cardio Vasculaire
Mr Tioukany THERA	Gynécologie
Mr Oumar DIALLO	Neurochirurgie
Mr Boubacar BA	Odontostomatologie
Mme Assiatou SIMAGA	Ophtalmologie
Mr Seydou BAKAYOKO	Ophtalmologie
Mr Sidi Mohamed COULIBALY	Ophtalmologie
Mr Adama GUINDO	Ophtalmologie
Mme Fatimata KONANDJI	Ophtalmologie
Mr Hamidou Baba SACKO	ORL
Mr Siaka SOUMAORO	ORL
Mr Honoré jean Gabriel BERTHE	Urologie

Mr Drissa TRAORE	Chirurgie Générale
Mr Bakary Tientigui DEMBELE	Chirurgie Générale
Mr Koniba KEITA	Chirurgie Générale
Mr Sidiki KEITA	Chirurgie Générale
Mr Soumaïla KEITA	Chirurgie Générale
Mr Alhassane TRAORE	Chirurgie Générale

#### 4. ASSISTANTS

Mr. Drissa TRAORE	Anatomie
-------------------	----------

### D.E.R. DE SCIENCES FONDAMENTALES

#### 1. PROFESSEURS

Mr Ogobara DOUMBO	Parasitologie – Mycologie
Mr Yénimégué Albert DEMBELE	Chimie Organique
Mr Anatole TOUNKARA †	Immunologie
Mr Adama DIARRA	Physiologie
Mr Sékou F.M. TRAORE	Entomologie Médicale <b>Chef de DER</b>
Mr Ibrahim I. MAIGA	Bactériologie – Virologie

#### 2. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Amadou TOURE	Histoembryologie
Mr Mahamadou A. THERA	Parasitologie -Mycologie
Mr Djibril SANGARE	Entomologie Moléculaire Médicale
Mr Guimogo DOLO	Entomologie Moléculaire Médicale
Mr Cheik Bougadari TRAORE	Anatomie-Pathologie
Mr Bokary Y. SACKO	Biochimie
Mr Bakarou KAMATE	Anatomie Pathologie

#### 3. MAITRES ASSISTANTS

Mr Bakary MAIGA	Immunologie
-----------------	-------------

#### 4. ASSISTANTS

Mr Mamadou BA	Biologie, Parasitologie Entomologie Médicale
Mr Moussa FANE	Parasitologie Entomologie
Mr Issa KONATE	Chimie Organique
Mr Hama Abdoulaye DIALLO	Immunologie
Mr Mamoudou MAIGA	Bactériologie
Mr Harouna BAMBA	Anatomie Pathologie
Mr Sidi Boula SISSOKO	Hysto-Embryologie
Mr Bréhima DIAKITE	Génétique
Mr Yaya KASSOUGUE	Génétique
Mme Safiatou NIARE	Parasitologie
Mr Abdoulaye KONE	Parasitologie
Mr Bamodi SIMAGA	Physiologie
M. Aboubacar Alassane Oumar	Pharmacologie
M. Seidina Aboubacar Samba DIAKITE	Immunologie
M. Sanou Khô Coulibaly	Toxicologie

### D.E.R. DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

#### 1. PROFESSEURS

Mr Mahamane MAIGA	Néphrologie
Mr Baba KOUMARE	Psychiatrie
Mr Moussa TRAORE	Neurologie
Mr Hamar A. TRAORE	Médecine Interne

Mr Dapa Aly DIALLO	Hématologie
Mr Moussa Y. MAIGA	Gastro-entérologie – Hépatologie
Mr Somita KEITA	Dermato-Léprologie
Mr Boubakar DIALLO	Cardiologie
Mr Toumani SIDIBE	Pédiatrie
Mr Mamady KANE	Radiologie
Mr Adama D. KEITA	Radiologie
Mr Sounkalo DAO	Maladies Infectieuses <b>Chef de DER</b>
Mr Siaka SIDIBE	Radiologie
Mr Souleymane DIALLO	Pneumologie

## 2. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Abdel Kader TRAORE	Médecine Interne
Mr Mamadou DEMBELE	Médecine Interne
Mr Saharé FONGORO	Néphrologie
Mr Bakoroba COULIBALY	Psychiatrie
Mr Bou DIAKITE †	Psychiatrie
Mr Bougouzié SANOGO	Gastro-entérologie
Mme SIDIBE Assa TRAORE	Endocrinologie
Mme TRAORE Mariam SYLLA	Pédiatrie
Mr Daouda K. MINTA	Maladies Infectieuses
Mr Seydou DIAKITE	Cardiologie
Mr Mahamadou TOURE	Radiologie
Mr Idrissa Ah. CISSE	Rhumatologie/Dermatologie
Mr Mamadou B. DIARRA	Cardiologie
Mr Moussa T. DIARRA	Hépatogastro-entérologie
Mme Habibatou DIAWARA	Dermatologie
Mr Cheick Oumar GUINTO	Neurologie
Mr Anselme KONATE	Hépatogastro-entérologie
Mr Kassoum SANOGO	Cardiologie
Mr Boubacar TOGO	Pédiatrie
Mr Arouna TOGORA	Psychiatrie
Mr Souleymane COULIBALY	Psychologie
Mme KAYA Assétou SOUCKO	Médecine Interne
Mr Ousmane FAYE	Dermatologie

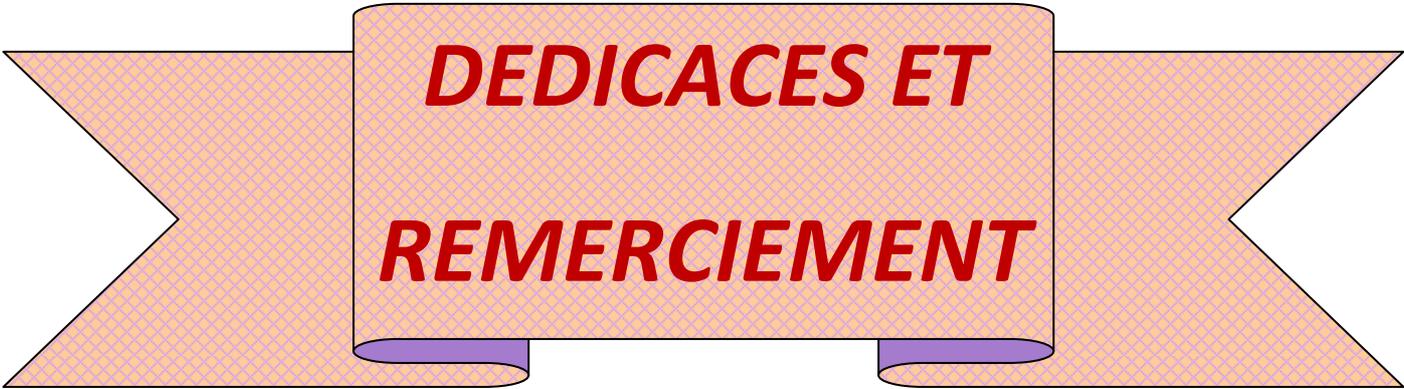
## 3. MAITRES ASSISTANTS

Mr Mahamadou GUINDO	Radiologie
Mr Yacouba TOLOBA	Pneumo-Phthisiologie
Mme Fatoumata DICKO	Pédiatrie
Mr Boubacar DIALLO	Médecine Interne
Mr Youssoufa Mamadou MAIGA	Neurologie
Mr Modibo SISSOKO	Psychiatrie
Mr Ilo Bella DIALLO	Cardiologie
Mr Mahamadou DIALLO	Radiologie
Mr Adama Aguisa DICKO	Dermatologie
Mr Abdoul Aziz DIAKITE	Pédiatrie
Mr Boubacar dit Fassara SISSOKO	Pneumologie
Mr Salia COULIBALY	Radiologie
Mr Ichaka MENTA	Cardiologie
Mr Souleymane COULIBALY	Cardiologie
Mr Japhet Pobanou THERA	Médecine Légale/Ophthalmologie

## 4. ASSISTANTS

Mr Drissa TRAORE	Anatomie
------------------	----------





**DEDICACES ET  
REMERCIEMENT**

## Dédicaces

Je dédie ce travail à l'éternel **ALLAH** le Tout Puissant, le Miséricordieux, le Clément, pour m'avoir accordé la vie, la santé et permis la réalisation de cette étude.

- A Toi je remets toute mon existence.

Et à son Prophète Mohamed S.A.W (Salut et Paix sur Lui)

- **A mon père** : Ousmane Asseye, Papa, ton apprentissage, ta rigueur, ton amour du travail bien fait et tes sages conseils ont permis la réalisation de ce travail. Ton indulgence et ta moralité impressionnante m'ont éclairé le chemin de la vie. J'ai beaucoup apprécié tes vertus de chef de famille, tes instructions resteront gravées en lettres d'or dans notre mémoire.
- **A ma mère** : Mariam DIARRA, Maman tu as guidé mes premiers pas dans la vie, tu as travaillé durement afin que tous tes enfants aient une assise solide pour affronter le dur combat de la vie. Tes conseils, tes bénédictions m'ont toujours aidée dans les instants les plus durs de la vie, ton sens élevé de l'honneur, ton amour pour le prochain, ton courage, ta générosité, ton affection pour les enfants, tes sacrifices ont été le secret de notre réussite.

Chère mère trouve ici un motif de consolation d'espérance et un témoignage de mon amour pour toi.

- **A mes grands-parents** : Je n'ai pas eu la chance de vous connaître tous, mais je suis très fier de vous.
- **A tous mes oncles et tantes**, Modibo TOURE et Madou TRAORE, vos soutiens moraux, vos sages conseils, vos bénédictions votre affection que vous m'avez apporté ont été des sources d'encouragement.

- **A mes frères et à mes sœurs** : Kadiafounè TOURE, Fafounè TOURE, Moussa Balla TOURE, Oumou TOURE, Hamidou TOURE, Bintou TOURE, Diaharra TOURE, pour vous exprimer toute mon affection fraternelle et mon attachement fidèle, courage et persévérance pour demeurer unis afin de faire l'honneur à nos parents. Ma vie n'aura de sens sans vous. Votre amour, votre tendresse, votre assistance morale et matérielle, vos conseils et suggestions ne m'ont jamais fait défaut. Mon souci, mon souhait est de ne pas vous décevoir pour que vous soyez fiers de moi. Trouvez dans ce travail l'expression de mon indéfectible attachement fraternel.
- **A mon mari**, Aliou MAIGA, cher mari ton amour, ta tendresse, ton assistance morale et matérielle ont été essentiels pour la réalisation de ce travail.
- **A ma belle mère**, Mariam TRAORE, chère tante, ton aide dans mon foyer, à l'éducation de mes trois enfants a été déterminante.
- **A mes enfants** : Vous me donnez la joie de vivre et de faire vivre. Ayez la soif du savoir. Puisse ce travail vous servir de source d'inspiration et d'exemple !
- **A mon neveu**, Yamoussa Traoré, cher fils ton aide dans ce travail a été plus que remarquable. Je ne l'oublierais jamais.
- **A mes cousins et cousines** : Vous m'aimez autant que je vous aime. Puisse ce travail renforcer les liens sacrés qui nous unissent !

## REMERCIEMENTS

J'adresse mes chaleureux et sincères remerciements :

- **A mes amis:** Kadidia Traoré, Aicha Diallo, Mariam Koné, Aissata Koné, Kadidiatou Diaby, Djeneba Coulibaly, Dr Seyni Maiga, Dr Bernard coulibaly, Mariam Sangaré. Vous avez été fidèles, sincères, courageux en amitié. Ce travail auquel vous avez contribué durant ces longues années d'étude est tout à fait le vôtre. Soyez rassurés de toute ma reconnaissance, de ma profonde sympathie et de mon éternelle amitié ; Puisse Dieu nous unir d'avantage !
- **A mes collègues, promotionnaires et aînés** du service de Traumatologie du CHU- GT : Dr Touré Sory, Dr Touré Ibrahim ; du service de pédiatrie du CHU-GT : Dr Cissé A.Abdourhamane; du service de médecine au Csréf CI : Dr Dena Alain en souvenir des bons moments passés ensemble, merci pour votre collaboration.
- **Au professeur Hamadoun Sangho** : directeur général du CREDOS, votre simplicité, vos conseils, vos immenses qualités humaines m'ont marquée à jamais.
- **Au docteur Keïta Assa Sidibé** : directrice générale adjointe du CREDOS, votre grande culture scientifique, vos immenses qualités humaines imposent respect et admiration. Quelles expressions formulées pour extérioriser tout ce que j'aimerais vous dire ? Votre disponibilité, vos critiques, vos suggestions et votre encouragement ont été un apport capital pour l'amélioration de la qualité de ce travail. Je garderai de vous l'image d'une femme de science et d'une enseignante soucieuse de la formation de ses étudiants.

- **Au docteur Guindo Mariam Traoré** : attachée de recherche au CREDOS, Médecin Pédiatre, vos immenses qualités humaines m'ont impressionnée.
- **Mme Touré Djeneba TRAORE** : Sage femme à l'Hôpital Gabriel TOURE, chère grande mère tu as été mon enseignant, ma compagne ainsi qu'une amie, merci pour tout.
- **Au Dr Tounkara Cheickna** : chirurgien au Csréf CI, merci pour vos conseils et vos soutiens.
- **Au Dr Moro Yessa** : Médecin généraliste au Csréf CI, votre rigueur scientifique, votre disponibilité constante fait de vous un exemple à suivre. Vos immenses qualités humaines m'inspireront.
- **Au Dr DICKO Modibo** : Gynécologue-obstétricien, vous avez été mon gynécologue ainsi qu'un enseignant que je n'oublierai jamais, merci pour votre disponibilité.
- **Au Dr Sacko Mari Komosse** : Pédiatre, Vos immenses qualités humaines seront gravées dans ma mémoire.
- **Au Dr MAIGA Belko** : Pédiatre, merci pour votre disponibilité.
- **Au Dr TRAORE Terna** : Traumatologue au CHU-GT, merci pour votre disponibilité et vos conseils.
- **A Mr Touré Yaya** : Ancien enseignant à l'école de base du quartier sans fil (TSF), votre courage, votre simplicité votre enthousiasme pour transmettre le travail font de vous un enseignant exceptionnel.
- **A tout le personnel du CREDOS** : merci pour votre collaboration.
- **A tout le personnel du service de pédiatrie du CHU-GT** : merci pour votre soutien.

- **A tout le personnel du service traumatologie du CHU-GT** : merci pour votre collaboration.
- **A tout le personnel du CSREF C I** : merci pour votre soutien.
- **A tout le corps enseignant de la FMOS** : merci pour la qualité de l'enseignement reçu ; acceptez ici l'expression de ma très haute considération.



***HOMMAGES AUX  
HONORABLES  
MEMBRES DU JURY***

## **HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY**

**A notre maître et président du jury :**

**Professeur Abdoulaye Ag RHALY**

**Professeur honoraire en médecine interne à la FMOS ;**

**Ancien directeur général de l'INRSP ;**

**Ancien secrétaire général de l'OCCGE ;**

**Membre du comité d'éthique de la FMOS ;**

**Chevalier de l'ordre international des palmes académiques du CAMES ;**

**Dr Honoris Causa Université Laval Québec Canada.**

Honorable maître,

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de présider ce jury. Nous avons été séduits par votre spontanéité, votre simplicité avec laquelle vous avez accepté de présider ce jury.

Vos qualités humaines et scientifiques font de vous un maître exemplaire.

Trouvez ici, honorable maître, l'expression de notre profond respect.

**A notre maître et membre du jury**

**Docteur Ouazoun COULIBALY**

**Médecin Pédiatre ;**

**Chef de service de Pédiatrie au Csréf CI ;**

**Point focal nutrition de la commune I.**

Cher maître,

Votre simplicité, votre amour pour le travail bien fait, votre modestie et votre souci constant de la bonne formation des futurs médecins ont fait de vous un maître apprécié de tous.

Veillez accepter ici, Cher maître, l'expression de tous nos remerciements

**A notre maîtresse et co-directrice**

**Docteur KEITA Assa SIDIBE**

**Master en santé publique ;**

**Directrice générale adjointe du centre de recherche, d'études et de documentation pour la survie de l'enfant (CREDOS).**

Cher maître,

Vous nous faites un grand honneur en acceptant d'être la co-directrice de cette thèse. Votre générosité, votre disponibilité et votre immense gentillesse font de vous une mère et une maîtresse admirée de tous.

Trouvez ici, cher maître, l'expression de notre profonde gratitude.

**A notre maître et directeur de thèse**

**Professeur Hamadou SANGHO**

**Maitre de conférences Agrégé en santé publique ;**

**Directeur général du centre de recherche d'études et de documentation  
pour la survie de l'enfant (CREDOS),**

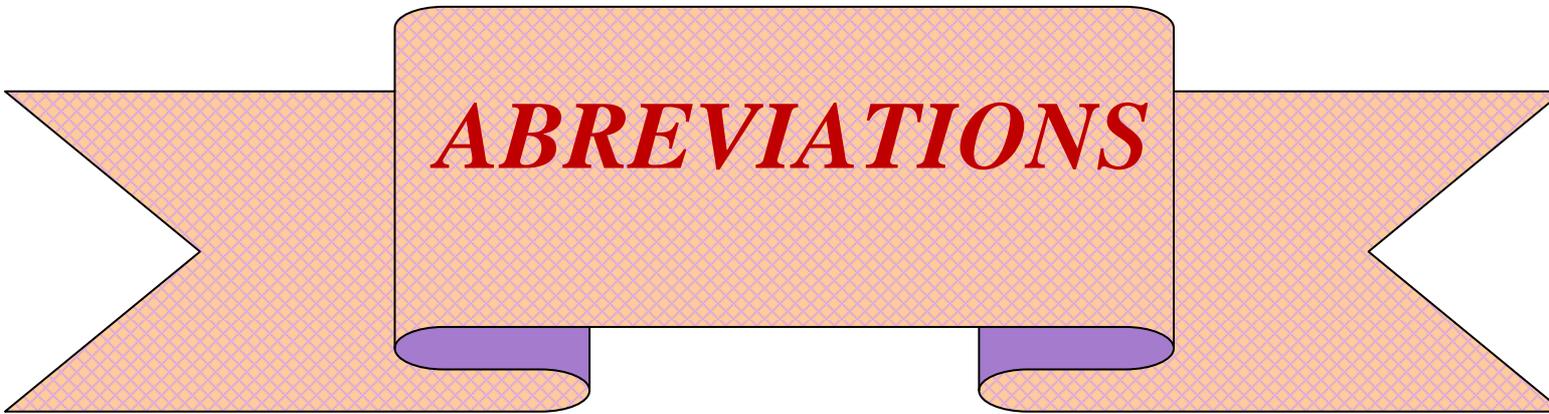
**Professeur titulaire de santé publique à la Faculté de Médecine et  
d'Odontostomatologie (FMOS).**

Honorable maître,

Vous nous avez fait un grand honneur en nous confiant ce travail,  
Votre rigueur dans le travail, votre qualité humaine, votre enthousiasme pour  
transmettre le savoir font de vous un encadreur exceptionnel, émérite.

Malgré vos multiples occupations vous avez été disponible durant tout ce travail.

Honorable maître, soyez assuré de notre reconnaissance.



***ABREVIATIONS***

## **ABREVIATION ET SIEGLES**

**AcVC** : Accidents de la vie courante

**ASACOBA** : Association de Santé Communautaire de Banconi

**ASACADJAN** : Association de Santé Communautaire de Djankinèbougou

**ASACOMSI** : Association de Santé Communautaire de Sikoroni

**ASACOSISSOU** : Association de Santé Communautaire de Sourakabougou

**ASACDJE** : Association de Santé Communautaire de Djélibougou

**ASACOBOUL** : Association de Santé Communautaire de Boulkassoumbougou

**ASACOKOSA** : Association de Santé Communautaire de Korofina sud

**ASACODOU** : Association de Santé Communautaire de Doumanzana

**ASACOFADJI** : Association de Santé Communautaire de Fadjioula

**ASACKNORD** : Association de Santé Communautaire de Korofina nord

**ASACOS** : Association de Santé Communautaire de Sotuba

**CAMES** : Conseil Africain et Malgache pour l'Enseignement Supérieur.

**Csréf CI** : Centre de santé de référence de la commune I

**CSCOM** : Centre de santé communautaire

**CHU.GT** : Centre hospitalier Universitaire Gabriel Touré

**CPS** : Cellule de planification Statistique

**CREDOS** : Centre de Recherche, d'Etudes et de Documentation pour la Survie de l'enfant

**Dr** : Docteur

**DRPSIAP/DB** : Direction régionale de la planification, de la statistique, de l'information, de l'aménagement du territoire et de la population du district de Bamako

**FMOS** : Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie

**INPES** : Institut National de Prévention et d'éducation pour la Santé

**INVS** : Institut National de Veille Sanitaire

**INRSP** : Institut National de Recherche en Santé Publique

**IRDES** : Institut de recherche et de documentation en éducation de la santé

**IPAD** : Institut de prévention des accidents domestiques

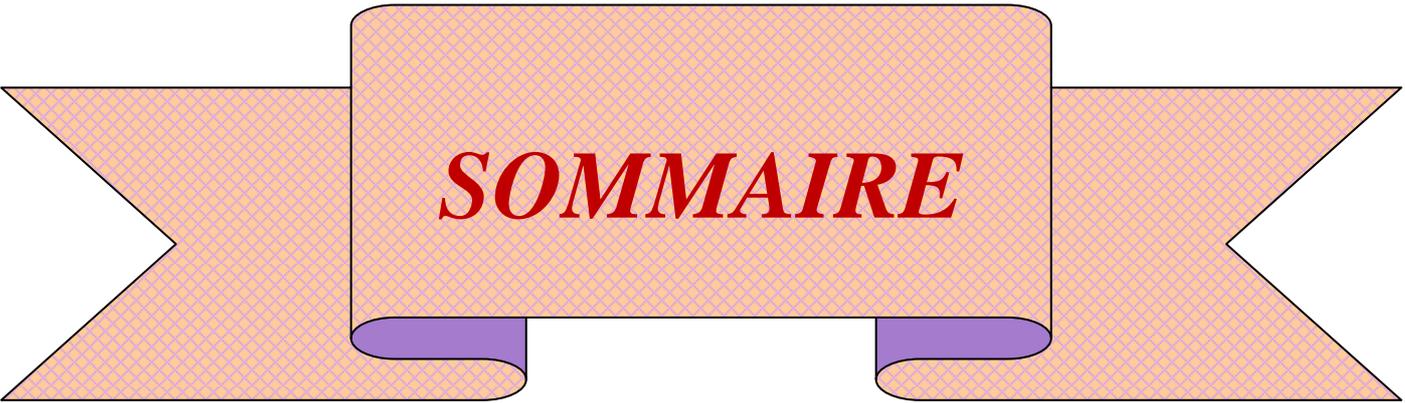
**Unicef** : Le fonds des nations unies pour l'enfance

**OMS** : Organisation Mondiale de la santé

**OCCGE** : Organisation de coordination et de Coopération pour la lutte contre les Grandes Endémies.

**Pr** : Professeur

**%** : Pourcent



***SOMMAIRE***

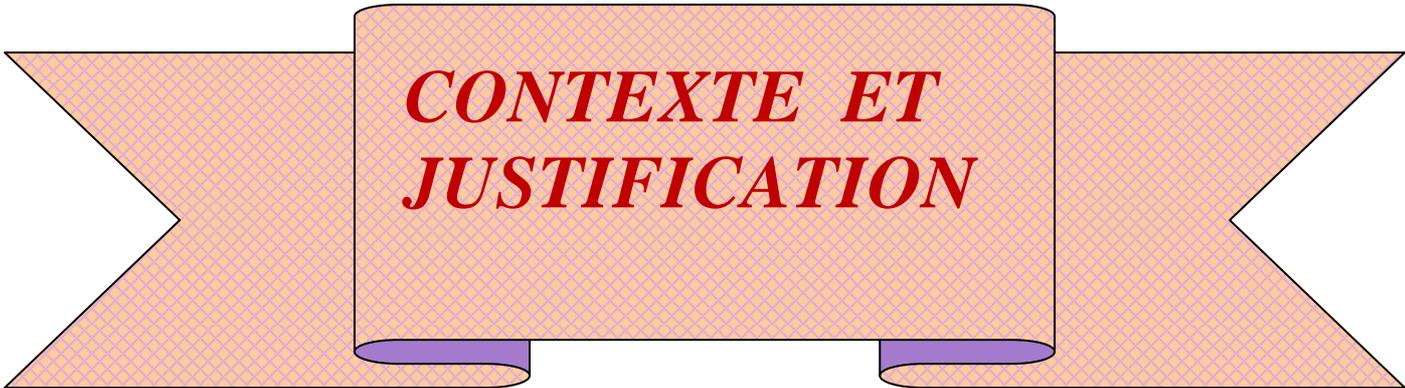
## SOMMAIRE

I. CONTEXTE ET JUSTIFICATION .....	1
II. OBJECTIFS.....	5
III. GENERALITES.....	6
IV. CADRE ET METHODE D'ETUDE .....	19
V. RESULTAT .....	34
VI. DISCUSSION .....	49
VII. CONCLUSION .....	52
VIII.SUGGESTIONS.....	53
IX. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	55
X. ANNEXES .....	60

## LISTE DES TABLEAUX

<b>Tableau I</b> : répartition des aires de santé de la commune I du district de Bamako selon leur date de création .....	22
<b>Tableau II</b> : répartition de la population de la commune I du district de Bamako par quartier et les aires de santé .....	23
<b>Tableau III</b> : répartition des enfants de 0 à 15 ans de la commune I du district de Bamako par quartier et les aires de santé .....	24
<b>Tableau IV</b> : répartition des enfants de 0 à 15 ans dans les 4 quartiers les plus peuplés de la commune I du district de Bamako .....	24
<b>Tableau V</b> : récapitulatif des quartiers, effectifs des populations et effectif cumulé des populations des quartiers de la commune I.....	27
<b>Tableau VI</b> : récapitulatif des quartiers, effectifs, populations, effectifs cumulés et grappes retenues. ....	29
<b>Tableau VII</b> : taille des jeunes de 0 à 15 ans par quartier .....	30
<b>Tableau VIII</b> : répartition des mères/responsables selon la résidence .....	34
<b>Tableau IX</b> : répartition des mères /responsables selon l'âge et le statut matrimonial .....	35
<b>Tableau X</b> : répartition des mères/responsables selon le niveau d'instruction et la profession .....	36
<b>Tableau XI</b> : répartition des mères/responsables selon le nombre d'enfant de 0-15 ans victimes d'accident domestique.....	37
<b>Tableau XII</b> : répartition des mères/responsables selon le nombre d'accident.	37
<b>Tableau XIII</b> : répartition des enfants selon l'âge et le sexe .....	38

<b>Tableau XIV</b> : répartition des enfants selon la fratrie et la fréquentation d'établissement.....	39
<b>Tableau XV</b> : répartition des enfants selon les types d'accidents domestiques .....	40
<b>Tableau XVI</b> : répartition des enfants selon le lieu d'accidents domestiques et l'existence d'endroits à risque dans la famille.....	41
<b>Tableau XVII</b> : répartition des enfants selon le moment (de survenue) de l'accident.....	42
<b>Tableau XVIII</b> : répartition des enfants selon les causes d'accident .....	42
<b>Tableau XIX</b> : répartition des enfants victimes d'accidents domestiques selon la partie du corps touchée.....	45
<b>Tableau XX</b> : répartition des enfants selon la présence de lésions/autres signes, les types de lésions.....	46
<b>Tableau XXI</b> : répartition des enfants selon la présence de séquelles et types de séquelles.....	47
<b>Tableau XXII</b> : répartition des enfants selon les type d'habitat.....	47
<b>Tableau XXIII</b> : répartition des enfants selon les types de recours, délai de recours.....	48



***CONTEXTE ET  
JUSTIFICATION***

## I. CONTEXTE ET JUSTIFICATION

Les accidents, définis comme « un évènement indépendant de la volonté humaine, provoqué par une force extérieure agissant rapidement et qui se manifeste par un dommage corporel ou mental », [1] constituent dans notre société un problème majeur de santé publique principalement pour les jeunes. Les accidents domestiques sont ceux qui se produisent à domicile ou à proximité [1].

Dès l'âge d'un an et jusqu'à plus de 30 ans, ils représentent la cause majeure de mortalité, de morbidité et de désavantage permanent. Ce sont notamment des publications impulsées par l'OMS dans les années 50 qui ont inspiré les professionnels pour agir contre l'indifférence générale à ce sujet. Bien que les accidents de la circulation aient retenu d'abord l'attention, on ne tardera pas à découvrir l'ampleur et la sévérité des accidents domestiques et de loisirs, particulièrement chez les jeunes [2].

Les conséquences des accidents domestiques sont parfois dramatiques comme la mort, la perte de mobilité et / ou d'autres séquelles à vie [3].

Chaque année **en France**, près de 20.000 personnes décèdent suite à un accident de la vie courante, soit 55 accidents domestiques par jour et 2 par heure. C'est la troisième cause de mortalité [3]. Les premières personnes concernées par les accidents domestiques sont les personnes âgées et les enfants car ils sont plus exposés aux différents dangers de la maison [3].

Dans l'ensemble des pays de **l'Union Européenne**, le niveau de mortalité accidentelle reste préoccupant chez les jeunes. En effet dès l'âge d'un an jusqu'à l'état adulte, la « mort violente » (principalement accidentelle) représente la première cause de décès dans tous les pays industrialisés [2].

**En France** en janvier 2009, le Professeur Bertrand Chevalier de l'hôpital Ambroise Paré avait enregistré 21% d'accident de la vie courante dont 18000

décès (AVC), 62% d'accident de la circulation dont 8000 décès et 17% d'accident de sport et de loisirs [4].

Selon les derniers chiffres de l'Institut de Veille Sanitaire (INVS), les accidents de la vie courante représentent chaque année en France environ 18 500 morts : entre 11.500 accidents domestiques mortels (chutes, incendies, bricolage, ingestion de produits) et 7000 morts lors d'accidents scolaires, de sports ou de loisirs [5].

**En Tchécoslovaquie**, l'incidence des admissions pour brûlures chez les enfants de 0 à 14 ans est passée de 85 à 96 pour 100.000 entre 1996 et 2006, en raison principalement de l'accroissement de 13% de cette incidence dans la tranche d'âges 1-4 ans [6].

**En Afrique**, l'ampleur de ce phénomène est difficile à évaluer, et loin d'être négligeable, comme le montrent quelques études. Des centaines d'enfants sont donc, chaque année, victimes d'accidents domestiques et risquent de lourdes séquelles [5].

**En Centrafrique** une étude épidémiologique, en 2002 sur les accidents survenant chez les enfants de 0 à 15 ans hospitalisés au complexe pédiatrique de l'Hôpital « Amitié de Bangui » sur une période de 3 mois, a recensé 123 cas d'accidents de toutes natures soit 3,57 % des 3445 enfants hospitalisés pendant la même période de l'étude. Les enfants âgés de 5 à 15 ans étaient les plus atteints (61 %). Mais en fonction des étiologies, les enfants âgés de 0 à 5 ans étaient plus concernés par les accidents domestiques alors que les enfants âgés de 5 à 15 ans étaient plus concernés par les accidents de la circulation [7].

**En Côte d'Ivoire**, sur sept ans d'observation, les intoxications aiguës constituaient 90 % de la pathologie pédiatrique dans le service d'anesthésie réanimation du CHU de Coccody [5].

La prévention de ces accidents passe d'abord par une sécurisation de l'environnement dans lequel les parents ont un rôle essentiel en appliquant certaines règles de sécurité à leur domicile. L'éducation pour la santé, la définition et la mise en œuvre de normes concernant les objets et espaces de vie peuvent les aider à remplir cette mission de "sécurisation" qu'ils peuvent assurer seuls. Elle suppose également l'accès de tous à des produits et espaces sécurisés [5].

La prévention des accidents domestiques dépend des notions que la population a du danger et qui diffèrent selon les cultures. En Afrique, les dangers sont la sorcellerie, les ancêtres, les esprits, la transgression d'un interdit [5].

Et aussi la cohabitation des Humains avec les animaux sauvages et domestiques (comme l'âne, le chien, le chat etc....)

L'insuffisance des données épidémiologiques sur les accidents domestiques des enfants, des stratégies de prévention et d'outils de communication adaptés aux populations les plus vulnérables ; l'insuffisance des ressources matérielles et financières, de temps, des moyens humains sont autant d'obstacles à la prévention des accidents domestiques.

Selon une étude de l'INPES, 97% des parents d'enfants de moins de six ans pensent à juste titre qu'un grand nombre d'accidents domestiques pourrait être évité. Cependant, les dangers de la maison ne sont pas toujours bien identifiés [8].

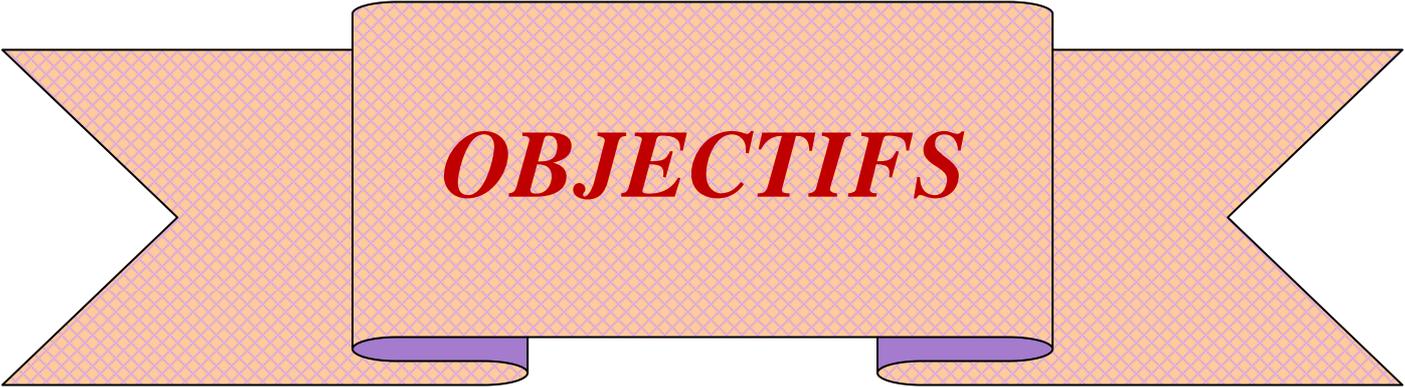
En 2008, l'OMS et l'UNICEF ont présenté le premier rapport mondial sur la prévention des traumatismes chez les enfants. Ils ont aussi élaboré une brochure conçue pour les enfants accompagnant le dit rapport qui leur offre des suggestions pour se protéger contre les blessures accidentelles [9].

**Au Mali**, la plupart des études ont été réalisées dans les structures de santé (hôpitaux, Csréf ou Cscm.) avec quelques enquêtes au niveau des ménages. Les résultats de certaines de ces études ont montré que les traumatismes occupent le premier rang suivi des brûlures puis des intoxications [10, 11, 12].

C'est à partir de ce constat que nous nous sommes posés les questions suivantes :

Quelle est la fréquence des accidents domestiques en commune I du district de Bamako?

Quelles sont les caractéristiques des accidents domestiques ?



***OBJECTIFS***

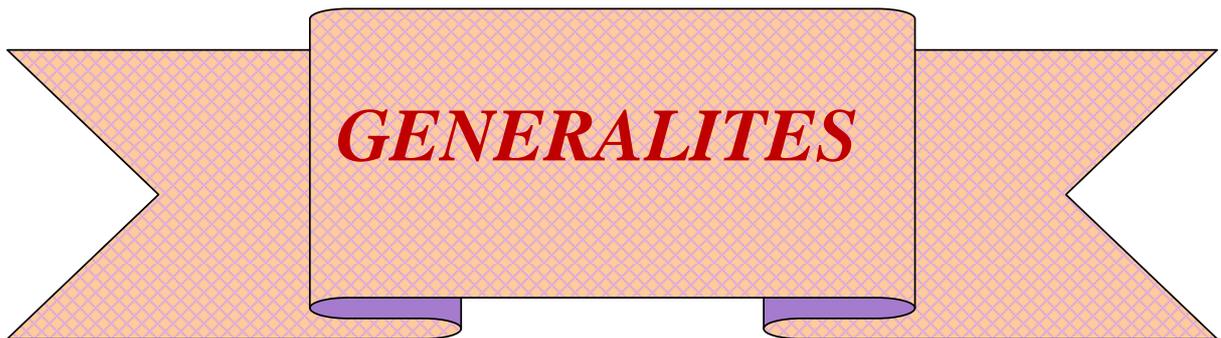
## **II. OBJECTIFS**

### **2.1. Objectif général**

Etudier les accidents domestiques chez les enfants de 0 à 15 ans en commune I du district de Bamako.

### **2.2. Objectifs spécifiques**

- Déterminer la fréquence des accidents domestiques en commune I du district de Bamako
- Décrire les caractéristiques des accidents domestiques
- Formuler des suggestions pouvant améliorer la prévention.



### III. GENERALITES

#### 3.1. Définitions opératoires de concepts

##### a) Les accidents de la vie courante :

Il s'agit des « traumatismes non intentionnels » qui surviennent à la maison ou dans ses abords immédiats (jardin, cour, garage, et autres dépendances), à l'extérieur (dans un magasin, sur un trottoir, à proximité du domicile, etc...), dans un cadre scolaire, lors de la pratique sportive, pendant les vacances ou les loisirs [13].

##### b) Les différents types d'accidents domestiques [3].

Les accidents considérés comme domestiques sont :

- Les chutes : fait de tomber, de se détacher de son support [14].
- Les suffocations;
- Les intoxications;
- Les noyades;
- Les brûlures;
- Les morsures;
- Les griffures;
- Les piqûres.

**b.1. Les brûlures** : lésions plus ou moins graves produites sur une partie vivante par le feu, par un corps très chaud ou par une substance corrosive. Elles peuvent être provoquées par le liquide bouillant, la flamme, les solides chauds, l'électrocution [14].

**b.2. Les intoxications**: Ensemble des troubles dus à l'introduction d'une substance toxique dans l'organisme [14].

Elles peuvent être provoquées par l'inhalation de gaz (monoxyde de carbone, vapeur) et par ingestion de produits ménagers, de médicaments et de produits agricoles.

**b.3. Les noyades :**

- Asphyxie par immersion [14].

Elles peuvent être provoquées par la chute dans un puits, dans une piscine, submersion dans une baignoire.

**b. 4. Les suffocations :** Etouffement, oppression [14].

**b.5. Les morsures:**

Plaies ou marques faites en mordant [14].

Elles peuvent être provoquées par le chien, le chat, le rat, les vipères.

**b.6. Les griffures :**

Blessures légères faites en déchirant la peau par les ongles [14].

**b.7. Les piqûres :** Perforation de la peau ou d'une muqueuse faite par un instrument, un insecte, une plante etc... [14].

**3.2. Revue de la littérature**

Les accidents domestiques représentent une cause majeure de morbidité et de mortalité chez les enfants dans le monde entier, les risques sont fonction de l'âge et du lieu. Les accidents en fonction de l'âge [5].

- De 1 à 3 mois : étouffement par oreiller, par régurgitation de lait ;
- De 4 à 6 mois : la chute est le risque principal ;
- De 6 à 9 mois : ingestion ou inhalation de corps étrangers (l'enfant se tient assis et porte les objets à sa bouche), chutes, noyade ;
- De 9 à 12 mois : ingestion d'objets ramassés par l'enfant (qui marche à quatre pattes), intoxication par plantes, produits ménagers, brûlures électriques (prises, rallonges), chutes ;
- De 12 à 18 mois : mêmes types d'accidents que chez les enfants de 9-12 mois (l'enfant touche et porte à sa bouche) ;
- De 18 mois à 2 ans : le risque est maximal, mais l'enfant commence à comprendre les explications ;

- A partir de 2 ans : l'enfant se déplace, n'a pas la notion du danger, mais comprend progressivement les explications simples ;
- A partir de 3 ans : on peut éduquer l'enfant au risque.

#### **a) Les suffocations et corps étrangers [5]**

Les petits enfants sont victimes d'étouffement et de blessures internes lorsqu'il manque des objets (jouet, doudou ou tétine), ils saisissent à terre de petits objets (capsules, cailloux, morceaux de jouets etc...) qu'ils portent à leur bouche. Chez le nourrisson, ce type d'accident est le plus souvent dû à une fausse route alimentaire.

#### **Geste d'urgence en cas d'étouffement :**

##### **➤ Chez le nourrisson**

Si l'enfant avale de travers, tousse, suffoque, ne reprend pas sa respiration et devient bleu, il faut agir immédiatement :

- Placer le nourrisson à plat ventre sur le genou fléchi, visage vers le sol, frapper plusieurs fois entre ses omoplates, du plat de la main. C'est la manœuvre de Offensons.
- Si cela n'est pas efficace, il faut effectuer des compressions thoraciques : retourner l'enfant sur le dos, l'allonger tête basse sur l'avant-bras et la cuisse ; effectuer 5 compressions sur le devant du thorax avec deux doigts au milieu de la poitrine, sur la partie inférieure du sternum.

##### **➤ Chez l'enfant de plus de un an : la manœuvre de Heimlich**

Elle consiste à exercer une forte pression de bas en haut sur le diaphragme à travers la paroi abdominale, ce qui provoque une hyperpression de l'air contenu dans les poumons et les bronches et tend à expulser le corps étranger à l'extérieur. Pour créer cette hyperpression, il faut se placer derrière le malade, lui entourer la taille avec les deux bras, placer un poing fermé recouvert de l'autre main au niveau du creux épigastrique (immédiatement en dessous du sternum et dans l'arc formé par les côtes) et exercer une brusque pression dirigée vers le

haut. Les tentatives d'extraction avec les doigts sont dangereuses et souvent inefficaces, la suspension par les pieds est également dangereuse.

### **b) Les morsures et les piqûres [5]**

Lorsque les abords de la cour ne sont pas nettoyés et débroussaillés régulièrement, les enfants peuvent être victimes de morsures ou piqûres d'animaux, de reptiles ou d'insectes.

### **Conduite à tenir dans un dispensaire**

#### **En cas de morsure de serpent**

- Essayer de déterminer l'espèce du serpent et son type pour savoir si l'on doit s'attendre à un syndrome :
  - Vipérin : œdème local, douleurs intenses, hypotension artérielle, syndrome hémorragique ;
  - Cobraïque : paralysie, cardiotoxicité.
- Calmer l'agitation, l'angoisse et la douleur par les médicaments:
  - + benzodiazépine (diazépam, clorazépatate dipotassique...)
  - + paracétamol et éventuellement morphine ; ne pas donner d'aspirine en raison du risque hémorragique ;
- rassurer et laisser parler l'enfant ;
- Nettoyer et désinfecter la plaie ;
- Apprécier la gravité, le grade d'envenimation ;
- Poser une perfusion et débiter une antibiothérapie et une corticothérapie.
- Administrer sérum antitétanique et sérum antivenimeux ;
- Garder et surveiller, évacuation sanitaire en cas de signes de gravité.

### **En cas de piqûre de scorpion**

Cette piqûre est très dangereuse chez l'enfant et la personne malade. Le venin a des effets toxiques (neurologiques et cardiaques) marqués principalement par des signes initiaux tels que vomissements, hyper sialorrhée, diarrhée et plus tardivement des convulsions.

#### **On propose d'administrer:**

- En sous-cutané, près de la piqûre de scorpion : 1 ml de lidocaïne qui a un effet analgésique ;
- Diazépam ou clorazépate dipotassique par voie orale ;
- En sous-cutané : atropine 1 ml ;
- Antalgiques par voie orale;
- Sérum antitétanique indispensable;
- Sérum anti scorpionique : efficace s'il est très précoce ;
- Surveillance très étroite pendant 48 heures

### **En cas de contact avec les méduses**

Il faut avant tout ramener l'enfant très rapidement à terre car le risque de noyade est important. Les signes sont:

- une réaction urticarienne importante sur la zone de contact avec douleur, œdème massif, traînées urticariennes sur l'œdème
- un syndrome général grave : collapsus, troubles respiratoires, neurologiques, fièvre.

### **Le traitement**

- Administration d'un corticoïde ou à défaut, d'un antiallergique (chlorphéniramine, prométhazine) ;
- Lavage de la plaie en retirant les débris de filament de méduse.

#### **c) Les chutes :**

Principales causes d'accidents domestiques en Occident, les chutes paraissent statistiquement moins fréquentes en Afrique. Les chutes des bébés sont rares : pas de table à manger, de sièges de bébé, ni de meubles élevés dans les foyers

modestes et/ou ruraux. Le bébé, serré contre le dos de sa mère par un pagne, ne risque pas la chute.

Le petit enfant, assis ou à quatre pattes, n'est guère menacé par les chutes.

Ce sont les enfants plus âgés, capables de grimper sur des murs, des toits, des balcons des terrasses ou sur les arbres (pour y cueillir des fruits) qui font le plus de chutes aux conséquences parfois graves. Ils sont alors souvent victimes de traumatisme crânien.

### **Les traumatismes crâniens**

Les traumatismes crâniens sont observés dans les trois quarts des cas de chute. Le plus souvent, ils se limitent à une simple « bosse » qui disparaîtra rapidement. Parfois, le traumatisme est plus grave : fracture du crâne, contusion cérébrale, hémorragie intracrânienne

### **Trois tableaux peuvent être observés :**

- L'enfant pleure et il est conscient, ce qui est le cas le plus fréquent. Il faut le surveiller attentivement. Si des troubles de la conscience ou de la mobilité apparaissent, il faut sans attendre le conduire à l'hôpital ;
- L'enfant a eu une brève perte de connaissance puis a repris conscience : il doit être immédiatement conduit à l'hôpital pour un bilan.
- L'enfant ne reprend pas connaissance : il faut immédiatement le placer en position latérale (le sécuriser et appeler les secours).

### **d) Les brûlures [5]**

En Afrique, les brûlures et l'ingestion de produits toxiques occupent la première place. Les enfants de moins de 5 ans sont les plus concernés, l'accident se produisant souvent lors de la préparation des repas (proximité des marmites), ou à l'occasion de la chute d'une lampe à pétrole (souvent seul mode d'éclairage).

La cuisson des repas sur des braseros à bois, à charbon, ou sur des réchauds à alcool ou à pétrole peut être dangereuse : l'enfant peut se brûler directement au contact des flammes ou des braises, mais aussi en renversant de l'eau ou de l'huile bouillante.

L'enfant peut également se brûler au contact de produits chimiques comme les produits phytosanitaires ou les caustiques.

Les brûlures, d'étendue variable, sont souvent sources de séquelles irréversibles. Toutes ne sont pas adressées aux urgences du dispensaire ou de l'hôpital, mais soignées par le guérisseur local, ce qui favorise leur surinfection ou la survenue de cicatrices inesthétiques.

#### **e) Les intoxications : [5]**

Les produits chimiques dangereux (soude caustique, produits pour l'agriculture), qui peuvent brûler la peau, ne doivent jamais être laissés à la portée des enfants mais placés dans une réserve ou un meuble fermé avec une clé ou un cadenas. Ces produits ne doivent pas être conservés dans des bouteilles de boisson sans signe distinctif du danger. Celui-ci doit être clairement identifié par une étiquette (tête de mort).

Les très jeunes enfants sont les premières victimes d'intoxication par ingestion de produits toxiques : produits ménagers pour les jeunes enfants, médicaments pour les adolescents

Les produits responsables sont :

- l'Amodiaquine dans 23,7 % des cas ;
- le pétrole dans 22,5 % des cas ;
- les produits caustiques dans 12,5 % des cas.

Dans 45 % des cas, les toxiques étaient mal conditionnés, c'est-à-dire hors de leur emballage initial.

La majorité des parents ne connaissaient pas les risques liés aux toxiques couramment utilisés dans le ménage.

**Le pétrole**, utilisé pour l'éclairage ou pour la cuisson des repas, constitue le premier danger. Il est vendu en vrac dans les stations services et conservé à la maison dans une bouteille ou un bidon que rien ne distingue d'une bouteille de

soda ou d'eau. Il en est de même pour les **produits ménagers** : eau de Javel, grésil.etc... L'intoxication survient également lorsque l'eau de boisson est stockée dans des bidons ou bouteilles ayant contenu des produits toxiques utilisés dans les travaux agricoles ou comme détergents puissants.

Pour les enfants plus âgés, les intoxications aiguës sont liées à l'ingestion de **médicaments** traînant dans la maison ou à un surdosage dû à des confusions entre produits (antipaludéens par exemple).

#### Exemple de produits dangereux

#### **En cas d'ingestion ou de contact avec la peau**

- Utilisés à la maison : eau de Javel, désinfectants, déboucheurs de canalisations, pétrole, poudres à récurer, soude caustique...
- Utilisés pour l'agriculture : engrais, produits contre les insectes, les parasites et les mauvaises herbes etc ...

#### **Intoxication aux barbituriques [15]**

Les barbituriques sont à l'origine d'une proportion importante d'intoxication. Il y a 3 classes de barbituriques :

- les barbituriques d'action longue (8 à 10 heures), exemple : phénobarbital
- les barbituriques d'action intermédiaire (4 à 5 heures) exemple : vin barbital

Les barbituriques d'action rapide, exemple : Diazépam

#### **La prise en charge**

Dans la majorité des cas d'intoxication médicamenteuse, si le patient a eu un recours précoce (inférieur ou égale à 2 heures) le lavage gastrique peut être effectué sous la protection d'une intubation trachéale avec ballonnet gonflé en cas de coma. Il faut une surveillance hémodynamique permanente (tension artérielle, gaz du sang, PH sanguin, Toxinémie, E.C.G) une assistance respiratoire [15].

Le traitement antidotique fait recours au diazépam (convulsion, agitation) à la dose initiale de 2 mg/kg en 30 mn à la seringue électrique, puis 1 à 2 mg/kg/24 heures pendant 48h.

Chez un patient dans un état hémodynamique précaire (collapsus), on utilise l'adrénaline à la dose de 0,5 µg/kg/mn à la seringue électrique.

Le lactate de sodium molaire est prescrit en cas d'élargissement majeur des complexes QRS au delà de 0,12 secondes [15].

En ce qui concerne les produits caustiques, moussants et le pétrole : le lavage gastrique est contre indiqué.

### **3.3. Rappels épidémiologiques**

En France, ils provoquent près de 20 000 décès chaque année, près de 3 fois plus que les accidents de la circulation et 20 fois plus que les accidents du travail. Si ce nombre est en diminution depuis le début des années 80, il va probablement augmenter dans les prochaines années, compte tenu de l'augmentation prévue de la proportion des personnes âgées dans la population [13].

A côté des décès, les accidents de la vie courante sont à l'origine de plusieurs millions de recours aux soins médicaux chaque année en France. Les séquelles résultant des accidents les plus graves provoquent de nombreuses souffrances, tout en constituant une lourde charge pour la société [13].

L'étude Santé et protection sociale réalisée par l'Irdes en 2002, montre que les brûlures, craintes par un Français sur deux, sont en réalité une cause plutôt marginale d'accident domestique. Elles sont caractéristiques des lésions survenant chez les enfants de moins de 10 ans, ce qui renforce l'idée qu'en France on a tendance à associer accidents domestiques et petite enfance. 65% des personnes âgées de plus de 65 ans craignent, elles, principalement les chutes qui sont effectivement (selon la même enquête de l'Irdes) le type d'accident le plus dévastateur (qui ruine) [16].

### **En Tchécoslovaquie :**

Selon le bulletin de l'OMS (les brûlures graves chez les enfants de la République tchèque : facteurs de risques) :

Entre les périodes 1993-2000 et 2006, la proportion d'enfants brûlés dans le pays, hospitalisés au centre des grands brûlés de Prague a augmenté de 9 à 21%. On disposait de données détaillées pour 1064 enfants (dont 64% de garçons). Environ 31% des hospitalisations pour brûlures concernaient des enfants d'un an. Près de 79% des brûlures s'étaient produites au domicile des enfants, 70% dans la cuisine, 14% dans la salle de séjour ou une chambre et 11% dans la salle de bain. Sur les 18% de brûlures intervenant à l'extérieur, 80% touchaient des garçons. Les enfants ébouillantés par des liquides chauds représentaient 70% de l'ensemble des cas de brûlures. Le séjour moyen à l'hôpital était de 22 jours pour les garçons et de 18 jours pour les filles [6].

Tout le monde doit être sensibilisé aux accidents domestiques car il ne faut pas oublier qu'ils sont responsables d'environ 20.000 morts chaque année en France [3].

**En France**, les deux tiers des morts avaient plus de 75 ans, 60 % de ces personnes âgées mortes accidentellement sont décédées d'une chute. Leur deuxième cause de mortalité accidentelle était la suffocation (16 % des cas). On ne comptait que 266 morts de moins de 15 ans (1,5 % du total), mais les AcVC constituaient tout de même la première cause de mortalité pour ces enfants, surtout par noyade et suffocation [5].

Les chiffres de l'INVS ont toutefois une baisse de 11 % de l'ensemble de ces accidents pour la période 2004-2006 par rapport à la période 2000-2002, notamment pour les moins de 15 ans, et probablement « grâce aux campagnes de prévention et à la réglementation des produits pour enfants », indique [5].

**Au Mali**, les différentes enquêtes menées sur les accidents domestiques chez l'enfant, prédominant chez l'enfant d'âge préscolaire c'est-à-dire entre 0 et 5 ans.

Kanta S en 2008, sur 12 955 consultations admises au service des urgences chirurgicales du CHU-GT, a trouvé que 239 cas étaient des enfants âgés de 0 à 15 ans victimes d'accidents domestiques soit 1,8% des admis parmi lesquels les traumatismes représentaient (59%), les brûlures (26,8%), les intoxications (7,5%), les corps étrangers (4,2%) et les noyades (2,5%) [10].

- Pour Keita F en 2009, sur 192 cas d'accidents domestiques enregistré au service de pédiatrie du CHU-GT de septembre 2009 à Février 2010 chez des enfants de 0 à 5 ans a trouvé que 70% étaient des traumatismes, 28,7% des brûlures, 15% des intoxications, 13% des corps étrangers et 1,7% des noyades [11].

- Maiga IM en 2010 a eu sur 385 enfants de 0 à 5 ans victimes d'accidents domestiques en commune V du district de Bamako : 54% de traumatismes, 35,8% de brûlures, 4,7% d'intoxication, 1,6% de corps étrangers, 1,6% de griffures, 1,3% de morsures et 1% de noyades [12]

### **3.4. Les facteurs de risque pour les enfants**

**a) Les facteurs de risques endogènes :** les facteurs de risques endogènes se situent à différents niveaux :

- Immaturité sensorielle (surtout visuelle) ;
- Insouciance du jeune âge associée à l'ignorance du risque exposent les enfants aux brûlures accidentelles ;
- Coordination imparfaite ;
- Le développement psychomoteur s'accompagne de curiosité.

#### **b) Les facteurs de risques exogènes :**

Les facteurs de risques exogènes se situent à différents niveaux :

- La jeunesse de la mère et son faible niveau de scolarisation ;

- L'importance de la fratrie ;
- Le type de surveillance de l'enfant [5].

### **3.5. Stratégies de prévention**

#### **a) Prévention active :**

Cette prévention est basée sur l'information, l'éducation au risque, la promotion de la santé sur les comportements à risque et la sécurisation de l'environnement. L'éducation pour la santé, la définition et la mise en œuvre de normes concernant objets et espaces de vie peuvent les aider à remplir cette mission de "sécurisation" qu'ils peuvent assurer seuls.

#### **b) Prévention passive :**

Les stratégies de prévention passive passent par la normalisation des produits et services et visent à rendre plus sûr l'environnement de l'enfant. Ces mesures semblent être les plus efficaces car elles touchent d'emblée un grand nombre d'individus et ne dépendent pas de paramètres individuels. Il s'agit des aspects suivants :

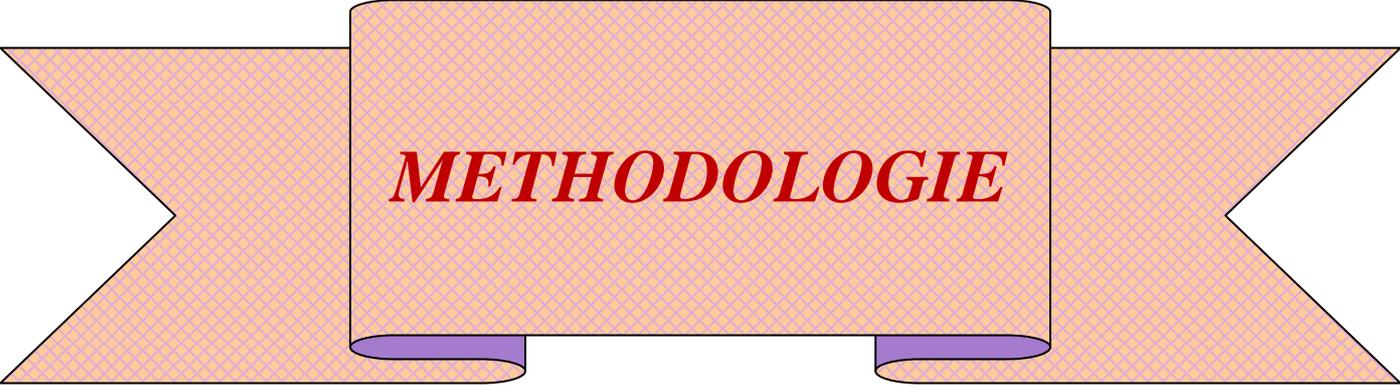
- mise en place d'une législation pour la sécurité générale des produits, exigeant qu'un produit ne présente pas de risque dans des conditions d'utilisation normales ou raisonnablement prévisibles ;
- mise en place d'une législation spécialement destinée à assurer la protection des enfants;
- mesures qui permettent en cas de dommage d'obtenir une indemnisation pour le préjudice subi.

### **3.6. Obstacles à la prévention**

Sur le plan européen, l'enquête santé et protection sociale sur les accidents de la vie courante vise depuis des années à établir un système harmonieux pour le

recueil et l'échange des données sur les accidents domestiques. Ils se produisent :

- Lors de la préparation des repas ;
- Par les produits toxiques (le pétrole dans 22,5 % des cas) [9]
- Par les médicaments (l'Amodiaquine dans 23,7 % des cas) [9]
- Par les piques ;
- Par les produits chimiques dangereux (soudes caustiques dans 12,5 % des cas, produits pour l'agriculture) ;
- Par les produits ménagers (eau de javel, grésil).



***METHODOLOGIE***

## **IV. CADRE ET METHODE D'ETUDE**

### **4.1. Cadre de l'étude**

L'étude s'est déroulée en commune I du district de Bamako.

#### **4.1.1. Situation, limite, population [17]**

La commune I est située sur la rive gauche du fleuve Niger entre le marigot Woyowanko et le marigot Banconi.

Elle a été créée en 1978 par l'ordonnance n°78-38/CMLN du 18 août 1978 et la loi n°96-025 du 18 février 1996 fixant statut spécial du district de Bamako ; elle est l'une des 6 communes de Bamako.

La commune I est limitée:

- au nord par la commune rurale de è\_iàp (cercle de Kati) ;
- à l'ouest par la Commune II ;
- au nord-est par la commune rurale de Sangarébouyou (cercle de Kati) ;
- à l'est par la commune rurale de Gabakourou III ;
- et au sud par le fleuve Niger.

Elle couvre une superficie de 34,26 km<sup>2</sup> pour une population de 256 216 habitants en 2012 [18]. Neuf quartiers composent cette commune : Banconi, Boulkassoumbougou, Djélibougou, Doumanzana, Fadjiguila, Sotuba, Korofina Nord, Korofina Sud et Sikoroni [18]

#### **4.1.2. Le relief**

Le relief de la commune I est caractérisé par des plateaux et collines de type granitique avec un sol accidenté de type latéritique, ce qui représente quelques difficultés pour l'aménagement d'infrastructures d'assainissement tandis que sa végétation est de type soudano sahélien dominée par les grands arbres comme Kailcédrat, Karité, Manguier, etc.... [17].

### **4.1.3. Le climat**

Le climat de type tropical est caractérisé par :

- une saison sèche : froide de novembre à janvier et chaude de février à mai ;
- et une saison des pluies : de juin à octobre [17].

### **4.1.4. Les infrastructures routières**

Les routes essentielles sont :

- la route régionale (RR) N° 14 ou route de Koulikoro avec éclairage public ;
- la rue pavée qui relie la RR 14 au marché de Fadjiguila ;
- la rue 251 reliant la RR 14 au lycée Fily Dabo Sissoko ;
- la desserte de Banconi allant de la RR 14 et traverse tout le Banconi ;
- Deux autres voies traversent toute la commune I d'ouest en est (du quartier de l'hippodrome en commune II jusqu'au marché de Boulkassoumbougou) dans le cadre du réseau routier de la ceinture du district de Bamako avec éclairage public ;
- A l'intérieur des quartiers les routes sont petites, latéritiques et difficilement praticables en saison pluvieuse [17].

### **4.1.5. Moyens de transport:**

Assurés principalement par les SOTRAMA, les Bus et les Taxis ; vingt (20) lignes desservent la commune en provenance des abords de la Grande mosquée et du marché de Médine.

Il existe quatre stations de taxis dans la commune dont une à côté du centre de santé de référence (CSRef) de Korofina nord [17].

### **4.1.6. Les activités économiques :**

L'économie de la commune I est basée sur les trois secteurs à savoir :

- L'agriculture et l'élevage ;
- l'artisanat ;

- Le petit commerce [19].

- **L'agriculture** : Pour le secteur primaire, le maraichage constitue l'activité dominante et occupe une partie de la population de la commune durant les 12 mois de l'année. Il est pratiqué le long du chemin de fer de Bamako-Koulikoro, la zone ACI / Sotuba (en voie de disparition) et dans la zone de Babiabougou ( Korofina-sud) [19].
- **L'élevage** : D'une manière générale, l'élevage est florissant dans le district de Bamako notamment dans la commune I. Les effectifs par espèces, du cheptel enregistrés dans la commune I au cours de l'année 2006 sont impressionnants [19].
- **L'artisanat** : Dans ce secteur, on note la présence de quelques 6.333 artisans repartis entre 171 corps de métiers. L'activité artisanale est dominée par la mécanique et la menuiserie métallique [19].
- **L'industrie** : Selon les résultats du recensement industriel 2006, organisé par la CPS/industrie commune, le tissu industriel du district de Bamako englobe 227 unités industrielles dont la part de la commune I est évaluée à 7,93% soit 18 unités [19].

La population de la commune I est répartie entre les centres de santé communautaires fonctionnels.

**Tableau I** : répartition des aires de santé de la commune I du district de Bamako selon leur date de création [17]

<b>Aires de santé</b>	<b>Date de création</b>
ASACOBBA	09 03 1989
ASACOMSI	01 03 1995
ASACODJE	02 12 1994
ASACOBOUL 1	01 09 1992
ASACOBOUL 2	01 09 2000
ASACOKOSA	02 09 1996
ASACODOU	25 09 1997
ASACOFADJI	15 03 1999
ASACODJAN	19 09 2000
ASACKNORD	02 02 2006
ASACOSISSOU	08 03 2010
ASACOS	27 11 2012

Il existe aussi des centres de santés privés et confessionnels en commune I :

G I E Kadia, Cabinet Senou, Cabinet Yamadou, Cabinet médical le Centre, Mutuelle Santé, Cabinet Keneya, Clinique Kayra, Clinique Allaye, Cabinet Terya, Clinique Flamboyant, Cabinet Kafo, Groupe médical, Santé + , Cabinet Dentermatou, Cabinet Seydou TRAORE , Clinique Zena, Cabinet Danaya, Centre de santé Catholique, Cabinet Beledougou, Clinique Choala, Espérance, Cabinet Flabougou, Cabinet Abdala, AMUPI Sotuba, Cabinet Mama Houneye, Cabinet Yattara, Cherifla, Clinique Aya, Cabinet Bamouna.

**Tableau II** : répartition de la population de la commune I du district de Bamako par quartier et les aires de santé [17]

<b>Quartiers</b>	<b>Population actualisée</b>	<b>Aires de santé</b>
Banconi	81 065	ASACOB ASACODJAN
Sikoroni	37 734	ASACOMSI ASACOSISSOU
Djélibougou	43 320	ASACODJE
Boukassoumbougou	28 301	ASACOBOUL1 ASACOBOUL2
Korofina sud	23 135	ASACOKOSA
Doumanzana	35 470	ASACODOU
Fadjiguila	28 255	ASACOFADJI
Korofina nord	28 275	ASACKNORD
Sotuba	6 078	ASACOS
<b>Total</b>	<b>311.633</b>	<b>Commune I</b>

**Tableau III** : répartition des enfants de 0 à 15 ans de la commune I du district de Bamako par quartier et les aires de santé [17]

<b>Quartiers</b>	<b>Population Infantile (0-15 ans)</b>	<b>Aires de santé</b>
Banconi	38 911	ASACOBAB ASACODJAN
Sikoroni	18 112	ASACOMSI ASACOSISSOU
Djélibougou	20 793	ASACODJE
Boulkassoumbougou	13 584	ASACOBOUL1 ASACOBOUL2
Korofina sud	11 104	ASACOKOSA
Doumanzana	17 025	ASACODOU
Fadjiguila	13 562	ASACOFADJI
Korofina nord	13 572	ASACKNORD
Sotuba	2 917	ASACOS
<b>Total</b>	<b>149 580</b>	<b>Commune I</b>

**Tableau IV** : répartition des enfants de 0 à 15 ans dans les 4 quartiers les plus peuplés de la commune I du district de Bamako [17]

<b>Quartiers</b>	<b>Enfants de 0 à 15ans</b>
Banconi	38 911
Djélibougou	20 796
Sikoroni	18 112
Doumanzana	17 025
<b>Total</b>	<b>94 844</b>

## **4.2. Méthode d'étude**

### **4.2.1. Type et période d'étude**

Il s'agissait d'une étude transversale descriptive qui s'est déroulée du 13 janvier au 14 février 2014 ; et à passage unique.

### **4.2.2. Population d'étude**

L'étude a concerné les enfants de 0 à 15 ans et leur mère/ responsable en commune I du district de Bamako.

#### **a) Critères d'inclusion**

Ont été inclus dans cette étude :

- tout enfant âgé de 0 à 15 ans victime d'accidents domestiques de diverses natures en commune I du district de Bamako et dont les mères/responsables ont accepté de participer à l'étude ;
- toute mère/ tout responsable d'enfant âgé de 0 à 15 ans victime d'accidents domestiques dans la commune I du district de Bamako et qui ont accepté de participer à l'étude.

#### **b) Critères de non inclusion**

N'ont pas été inclus dans l'étude :

- tout enfant âgé de 0 à 15 ans non victime d'accidents domestiques ;
- tout enfant victime d'accidents domestiques dont l'âge est supérieur à 15 ans ;
- toute mère/tout responsable d'enfant âgé de 0 à 15 et qui ont refusé de participer à l'étude.

### 4.2.3. Taille de l'échantillon

La taille de l'échantillon a été calculée selon la formule de SCHWARTZ et l'échantillonnage en grappe :

$$n = (Z_{\alpha})^2 \times \frac{P \times q}{i^2} \times 2$$

n = taille de l'échantillon ;

$Z_{\alpha}$  = écart réduit, correspondant à la valeur qui prend en compte le risque d'erreur  $\alpha$  de 5 % avec intervalle de confiance à 95% d'où  $Z_{\alpha} = 1,96$  ;

i = précision souhaitée pour la prévalence : i = 5 % ;

p = prévalence des accidents domestiques chez les enfants de moins de 15 ans

p = 50%

q = 1 - p = 0,5 (50%)

g = effet de grappe = 2

$$n = (1,96)^2 \times \frac{0,5 \times 0,5}{(0,05)^2} \times 2 = 768 \text{ enfants de 0 à 15 ans.}$$

La taille minimale de l'échantillon a été estimée à 768 enfants de 0 à 15 ans.

### 4.2.4. Echantillonnage :

Nous avons utilisé plusieurs techniques d'échantillonnage pour le choix de la commune, des quartiers et des unités statistiques.

- **Choix de la commune I :** Nous avons procédé à un tirage aléatoire simple. Nous avons établi la liste des 6 communes du district de Bamako et nous avons attribué un numéro à chaque commune (de 1 à 6) puis ces numéros ont été inscrits individuellement sur des bouts de papier bien pliés, mis dans une boîte. Un tirage sans remise a permis le choix de la commune I.

➤ **Choix des quartiers :**

Les quartiers ont été sélectionnés par échantillonnage en grappe. Nous avons décidé de prendre un nombre de grappe (g) = 30. La procédure suivante a été adoptée pour la sélection des grappes :

**Etape 1 :** établissement de la liste nominative des 9 quartiers de la commune I;

**Etape 2 :** calcul de l'effectif cumulé à partir de l'effectif de la population de chaque quartier, en ajoutant la population d'un premier quartier à celui du second quartier et ainsi de suite. Cela nous a permis d'avoir un effectif cumulé « N » égale à 311 633 (voir tableau V ci- dessous).

**Tableau V :** récapitulatif des quartiers, effectifs des populations et effectif cumulé des populations des quartiers de la commune I

N°	Noms des quartiers	Effectif de la population actualisée (2012)	Effectif de la population cumulée
1	Sotuba	6.078	6.078
2	Korofina sud	23.135	29.213
3	Fadjiguila	28.255	57.468
4	Korofina nord	28.275	85.743
5	Boukassoumbougou	28.301	114.044
6	Doumanzana	35.470	149.514
7	Sikoroni	37.734	187.248
8	Djelibougou	43.320	230.568
9	Banconi	81.065	311.633
	<b>Total</b>	<b>311.633</b>	<b>311.633</b>

**Etape 3 :** calcul du pas de sondage « k » en divisant le total de l'effectif cumulé de la population « N » par le nombre de grappes « g » :

$$k = \frac{N}{g} = \frac{311633}{30} = 10.387,76 \approx 10.388$$

**Etape 4 :** choix du nombre au hasard

A partir d'un billet de banque de dix milles franc CFA, on a sélectionné un nombre au hasard entre 1 et le pas de grappe « k » qui est **10.388**; le chiffre sélectionné est 10.100.

**Etape 5 :** choix de la 1<sup>ière</sup> grappe

La première grappe est située dans le quartier où la population cumulée contient 10100. Alors elle se trouve dans le quartier de Korofina sud qui a la population cumulée égale à 29213.

**Etape 6 :** Choix de la 2<sup>ème</sup> et de la 3<sup>ème</sup> grappe

Nous avons ajouté au nombre au hasard 10100, le pas de grappe qui est égale à 10388 ; cela a donné 20488 (voir tableau ci-dessous). Ce chiffre tombe dans la population cumulée du quartier de Korofina sud (deuxième grappe).

Pour le choix de la troisième grappe, nous allons ajouter au chiffre 20488 le pas de grappe « 10388 » et nous avons trouvé 30876 qui tombe dans le quartier de Fadjuila. Nous avons procédé de la même manière pour choisir les 30 grappes.

Le tableau VI présente les quartiers, les populations actualisées, cumulées et les grappes retenues.

**Tableau VI** : récapitulatif des quartiers, effectifs populations, effectifs cumulés et grappes retenues.

N°	Quartiers	Populations	Effectifs cumulés	Nombre de grappes
1	Sotuba	6.078	6.078	-
2	Korofina sud	23.135	29.213	2
3	Fadjiguila	28.255	57.468	3
4	Korofina nord	28.275	85.743	3
5	Boukassoumbougou	28.301	114.044	3
6	Doumanzana	35.470	149.514	3
7	Sikoroni	37.734	187.248	4
8	Djelibougou	43.320	230.568	4
9	Banconi	81.065	311.633	8
	<b>Total</b>	<b>311.633</b>	<b>311.633</b>	<b>30</b>

Le nombre de personnes à enquêter par grappe

$$n = 768$$

$$k = \frac{n}{g} = \frac{768}{30} = 25,6 \approx 26$$

$$g = 30$$

➤ **Choix des unités statistiques :**

Dans chaque grappe retenue, 26 enfants de 0-15 ans ont été choisis au hasard. Si le quartier disposait de plus d'une grappe, alors le nombre de cibles à enquêter est multiplié par le nombre de grappe dont dispose le quartier (voir tableau VII : taille des enfants de 0 à 15 ans par quartier).

**Tableau VII : taille des jeunes de 0 à 15 ans par quartier**

Quartiers	Nombre de grappes	Taille par grappe
Sotuba	-	
Korofina sud	2	$26 \times 2 = 52$
Fadjiguila	3	$26 \times 3 = 78$
Korofina nord	3	$26 \times 3 = 78$
Boukassoumbougou	3	$26 \times 3 = 78$
Doumanzana	3	$26 \times 3 = 78$
Sikoroni	4	$26 \times 4 = 104$
Djélibougou	4	$26 \times 4 = 104$
Banconi	8	$26 \times 8 = 208$
<b>Total</b>	30	780

#### 4.2.5. Technique et outils de collecte des données

L'administration de questionnaire a été réalisée pour recueillir les informations auprès des mères/ responsables des enfants.

#### 4.2.6. Déroulement de l'enquête

Une lettre a été adressée au maire de la commune I par le directeur général du CREDOS pour la réalisation de l'enquête. Un pré test a été effectué. La collecte a été faite dans les ménages par 5 enquêteurs préalablement formés à l'utilisation des outils de collecte des données. Les questionnaires d'enquête ont été adressés aux mères/ responsables des enfants de 0 à 15 ans pour collecter les informations les concernant.

#### **4.2.7. Les variables**

Les variables ci-dessous ont été retenues :

##### **Caractéristiques sociodémographiques des enfants**

- Age : exprimé en mois ;
- Sexe : masculin ou féminin ;
- Fratrie : le rang occupé par l'enfant dans la lignée de la mère ;
- Fréquentation d'un établissement : crèche, jardin.

##### **Variables relatives à la mère /responsable de l'enfant:**

- Age ;
- Statut matrimonial : mariée, divorcée, célibataire, veuve ;
- Niveau d'instruction : non scolarisée, primaire, secondaire, supérieure ;
- Profession: le travail ou l'occupation principale de la mère /responsable de l'enfant : ménagère, vendeuse, fonctionnaire, artisane, paysanne, étudiante.

##### **Caractéristiques des accidents domestiques**

###### **➤ Types**

- Les brûlures : par le liquide bouillant, la flamme, les solides chauds, les produits chimiques, l'électricité.
- Les traumatismes : par chute, les objets tranchants ou pointus, arme à feu.
- Les intoxications : par inhalation du monoxyde de carbone (Co), vapeur et par ingestion (produits ménagers, médicaments, produits agricoles).
- Les noyades : chute dans un puits, dans une piscine, submersion dans une baignoire.
- Les corps étrangers : pièce de monnaie, graines d'arachides, noix, débris métalliques ou végétaux.

-Les morsures : par le chien, le chat, le rat, les reptiles (serpents ou autres animaux venimeux).

-Les griffures : par des animaux domestiques (vache, âne).

➤ **Nombre d'accidents domestiques**

- Nombre d'accidents domestiques depuis la naissance de l'enfant jusqu'au jour de l'enquête: 1, 2, 3...

➤ **Moment (de survenue) de l'accident : journée, nuit**

➤ **Partie du corps touché** : tête, membres supérieurs, tronc, membres inférieurs.

➤ **Type de lésion** : plaie, fracture, enflure, entorse.

➤ **Séquelles ou handicap laissés par l'accident** : cicatrices, cécité, boiterie.

➤ **Lieu de l'accident** : c'est l'endroit où s'est produit l'accident dans la maison : cuisine, escalier, garage, chambre, cour.

➤ **Existence d'endroit à risque dans la maison** : ce sont des endroits non sécurisés dans la maison : escalier, balcon, puits.

➤ **La personne ayant fait la prise en charge de l'enfant victime d'accidents domestiques** : personnel de santé, tradipraticien, parent.

#### **4.2.8. Traitement et analyse des données**

Les données collectées ont été dépouillées manuellement puis saisies et traitées par le logiciel Word 2007 Epi info VERSION 3.5.3.

#### **4.3. Ethique**

Nous avons obtenu l'accord de l'autorité communale. Le consentement volontaire libre et éclairé des mères/responsables des enfants a été obtenu de façon verbale pour la réalisation de l'étude.

**Bonne pratique médicale :** Ils sont au nombre de trois (3) :

➤ Bonne pratique social :

- Accueil correcte du malade ;
- La dignité du malade ;
- La confidentialité.

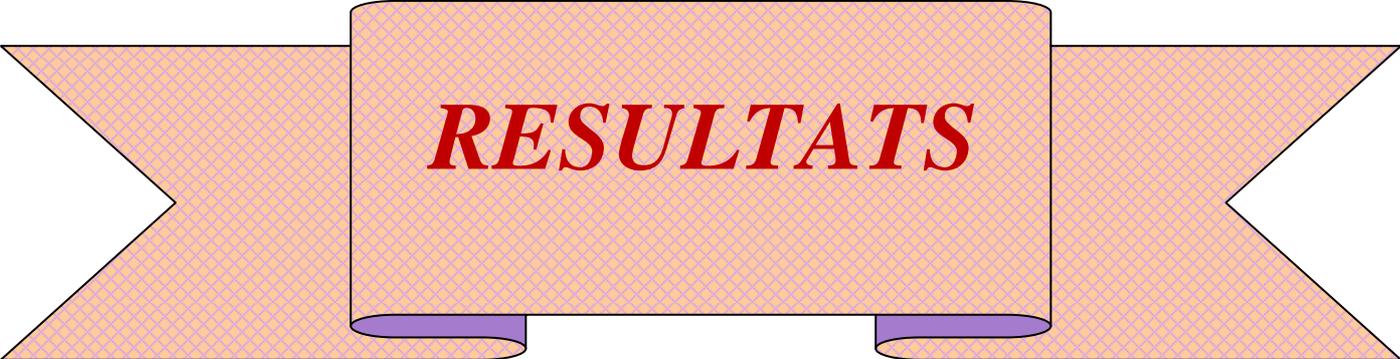
➤ Bonne pratique clinique :

- La qualification du Médecin de l'examen ;
- Un local approprié qui respect les normes d'hygiène pour éviter les infections nosocomiales (utiliser les quant, laver les mains à chaque consultation) ;
- Donner l'examen complet du malade ;
- Bien expliquer le traitement au malade ;
- Attention aux médicaments trop chers.

➤ Bonne pratique de laboratoire :

- Laboratoire performant ;
- Matériel à usage unique ;
- Résultat dans le délai ;
- Pas trop cher.

Diffusion des résultats : Les bonnes pratiques médicales ont été respectées et que les résultats seront diffusés.



***RESULTATS***

## RESULTAT

Nous avons enquêté les parents/responsables de 780 enfants de 0 à 15ans. Après les caractéristiques sociodémographiques des enquêtés, les résultats sont présentés par objectif.

### 5.1. Caractéristiques sociodémographiques des mères

**Tableau VIII** : répartition des mères/responsables selon la résidence

<b>Quartier</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
Banconi	208	26,7
Djélibougou	104	13,3
Sikoroni	104	13,3
Boukassoumbougou	78	10,0
Doumanzana	78	10,0
Fadjiguila	78	10,0
Korofina nord	78	10,0
Korofina sud	52	6,7
<b>Total</b>	<b>780</b>	<b>100,0</b>

Parmi les enquêtés, 26,7% résidaient au Banconi.

**Tableau IX** : répartition des mères /responsables selon l'âge et le statut matrimonial

<b>Variables</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Age (n=780)</b>		
< 20 ans	42	5,5
20 -29 ans	289	37
30 -39 ans	326	41,9
40 -49 ans	117	14,9
50-59ans	6	0,7
<b>Statut matrimonial (n=780)</b>		
Mariée	722	92,6
Divorcée	23	2,9
Célibataire	19	2,4
Veuve	16	2,1

Il y'a 41,9% des enquêtés qui avaient l'âge compris entre 30 et 39 ans et 92,6% des mères/responsables étaient mariées.

**Tableau X** : répartition des mères/responsables selon le niveau d'instruction et la profession

<b>Variables</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Niveau d'instruction (n=780)</b>		
Non scolarisée	398	51,0
Primaire	181	23,2
Secondaire	147	18,9
Supérieur	54	7
<b>Profession (n=780)</b>		
Ménagère	459	58,8
Vendeuse	179	23
Artisane	102	13,1
Fonctionnaire	21	2,7
Etudiante	19	2,4

Parmi les enquêtées, 51% n'étaient pas scolarisées et 58,8% étaient des ménagères.

## 5.2. Fréquence des accidents domestiques

**Tableau XI** : répartition des mères/responsables selon le nombre d'enfant de 0-15 ans victimes d'accident domestique

Survenue d'accident	Effectif	Pourcentage
Oui	780	52,8
Non	698	47,2
<b>Total</b>	<b>1478</b>	<b>100,0</b>

Parmi les enquêtés, il y'a 52,8% des enfants qui ont été victimes d'accidents.

**Tableau XII** : répartition des mères/responsables selon le nombre d'accident

Nombre d'accident	Effectif	Pourcentage
Domestique (n=780)		
1	374	48
2	199	25,5
3	149	19,1
4	40	5,1
6	18	2,3
<b>Total</b>	<b>780</b>	<b>100,0</b>

Il y a 48% des enfants qui ont été victimes d'un accident.

### 5.3. Caractéristiques sociodémographiques des enfants victimes d'accident domestique

**Tableau XIII** : répartition des enfants selon l'âge et le sexe

<b>Variabes</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Age (n=780)</b>		
0- 4 ans	363	46,5
5 -9 ans	204	26,2
10- 14 ans	213	27,3
<b>Sexe (n=780)</b>		
Masculin	428	54,9
Féminin	352	45,1

Parmi les enquêtés, 46,5% étaient des enfants âgés de 0 à 4 ans et 54,9% représentaient des garçons.

**Tableau XIV** : répartition des enfants selon la fratrie et la fréquentation d'établissement

<b>Variables</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Fratrie (n=780)</b>		
1 <sup>ière</sup>	252	32,3
2 <sup>ème</sup>	177	22,7
3 <sup>ème</sup>	143	18,3
4 <sup>ème</sup>	94	12,1
5 <sup>ème</sup>	47	6,0
6 <sup>ème</sup>	25	3,2
7 <sup>ème</sup>	17	2,2
8 <sup>ème</sup>	15	2
9 <sup>ème</sup>	5	0,6
10 <sup>ème</sup>	5	0,6
<b>Fréquentation d'établissement (n=780)</b>		
Oui	422	54,1
Non	358	45,9

Parmi les enquêtés, la 1<sup>ière</sup> fratrie représentaient 32,3% et 54,1% des enfants fréquentaient un établissement.

#### 5.4. Caractéristiques des accidents domestiques

**Tableau XV:** répartition des enfants selon les types d'accidents domestiques

<b>Types d'accidents domestiques</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
Brûlure	396	50,8
Traumatisme	217	27,9
Noyade	91	11,6
Intoxication	37	4,8
Suffocation	17	2,1
Morsure/Griffure/ Piqûre	22	2,8
<b>Total</b>	<b>780</b>	<b>100,0</b>

Parmi les enquêtés, 50,8% étaient des brûlures.

**Tableau XVI** : répartition des enfants selon le lieu d'accidents domestiques et l'existence d'endroits à risque dans la famille

<b>Variables</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Lieu d'accidents domestiques (n=780)</b>		
Cour	342	43,9
Chambre	175	22,4
Cuisine	125	16,0
Rue	84	10,8
Escalier	32	4,1
Salle de bain	14	1,8
Garage	8	1,0
<b>Endroits à risque (n=894)</b>		
<b>Oui (n=723)</b>		
Puits non protégés	398	44,5
Escalier	313	35,0
Balcon	11	1,3
Trou profond	1	0,1
Non	171	19,1

Il y'a 43,9% des cas d'accidents domestiques sont survenus dans la cour et 44,5% des accidents se sont produits à travers un puits.

**Tableau XVII:** répartition des enfants selon le moment (de survenue) de l'accident

<b>Moment (de survenue) de l'accident</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
Journée	678	86,9
Nuit	102	13,1
<b>Total</b>	<b>780</b>	<b>100,0</b>

Parmi les 780 cas d'accidents domestiques, 86,9% sont survenus dans la journée.

**Tableau XVIII :** répartition des enfants selon les causes d'accident

**Pour les brûlures et les traumatismes :**

<b>Causes</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Brûlures (n=396)</b>		
Liquide bouillant	172	43,4
Solides chauds	117	29,6
Flamme	65	16,4
Electricité	22	5,6
Produits chimiques	20	5,0
<b>Traumatismes (n=217)</b>		
Chute	67	30,9
Objets tranchants ou pointus	150	69,1

Parmi les enquêtés, 43,4% étaient des brûlés par liquide bouillant et 69,1% étaient des traumatisés par objets tranchants ou pointus.

**Pour les intoxications et noyades :**

<b>Causes</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Intoxications (n=37)</b>		
Ingestion de caustique	16	43,3
Ingestion de pétrole	12	32,4
Ingestion de médicament	8	21,6
Ingestion d'huile mécanique	1	2,7
<b>Noyades (n=91)</b>		
Submersion dans une baignoire	37	40,6
Inhalation du liquide de bain	40	44
Puits	14	15,4

Parmi les enquêtés, 43,3% des intoxications étaient causées par l'ingestion de caustique et 44% des noyades par inhalation du liquide de bain.

**Pour les suffocations, morsures, griffures et piqûres :**

<b>Causes</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Suffocations (n=17)</b>		
Graines d'arachides	1	5,9
Pièce de monnaie	10	58,8
Débris métallique	6	35,3
<b>Morsures (n=12)</b>		
Ane	2	16,7
Chien	8	66,6
Souris	2	16,7
<b>Griffures (n=4)</b>		
chat	4	100,0
<b>Piqûres (n=6)</b>		
Abeilles	4	66,7
Scorpion	2	33,3

Il y'a 58,8% des suffocations étaient causées par ingestion de pièce de monnaie et 66,6% des morsures par chien, 100,0% des griffures par le chat et 66,7% des piqûres par abeilles.

**Tableau XIX:** répartition des enfants victimes d'accidents domestiques selon la partie du corps touchée

<b>Partie du corps touché</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
Membres inférieurs	260	33,4
Membres supérieurs	216	27,3
Face	186	23,9
Fesses	36	4,6
Siège multiple	34	4,3
Abdomen-Pelvis-Viscère	22	3
Crâne	15	2
Dos	9	1,2
Oreille	2	0,3
<b>Total</b>	<b>780</b>	<b>100,0</b>

Parmi les enfants enquêtés, les membres inférieurs étaient touchés à 33,4% suivis des membres supérieurs pour 27,3%.

**Tableau XX:** répartition des enfants selon la présence de lésions/autres signes, les types de lésions

<b>Variables</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Présence de lésions/Signes (n=780)</b>		
Oui	679	87
Non	101	13
<b>Types de lésions (n= 627)</b>		
Plaie	496	79,1
Fracture	17	2,7
Entorse	114	18,2
<b>Autres signes (n=52)</b>		
Dyspnée	25	48,1
Vomissement	10	19,3
Perte de connaissance	6	11,5
Rhume	6	11,5
Œdème	5	9,6

Parmi les enquêtés, 87% des enfants ont été victimes de lésions dont 79,1% présentaient des plaies.

**Tableau XXI:** répartition des enfants selon la présence de séquelles et types de séquelles

<b>Variables</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Séquelles</b>		
Oui	570	73
Non	210	27
<b>Types de séquelles (n=570)</b>		
Cicatrice	411	72,1
Boiterie	156	27,4
Décès	3	0,5

Parmi les enquêtés, 73% ont eu des séquelles, 72,1% présentaient des cicatrices et 0,5% de décès.

**Tableau XXII:** répartition des enfants selon les types d'habitat

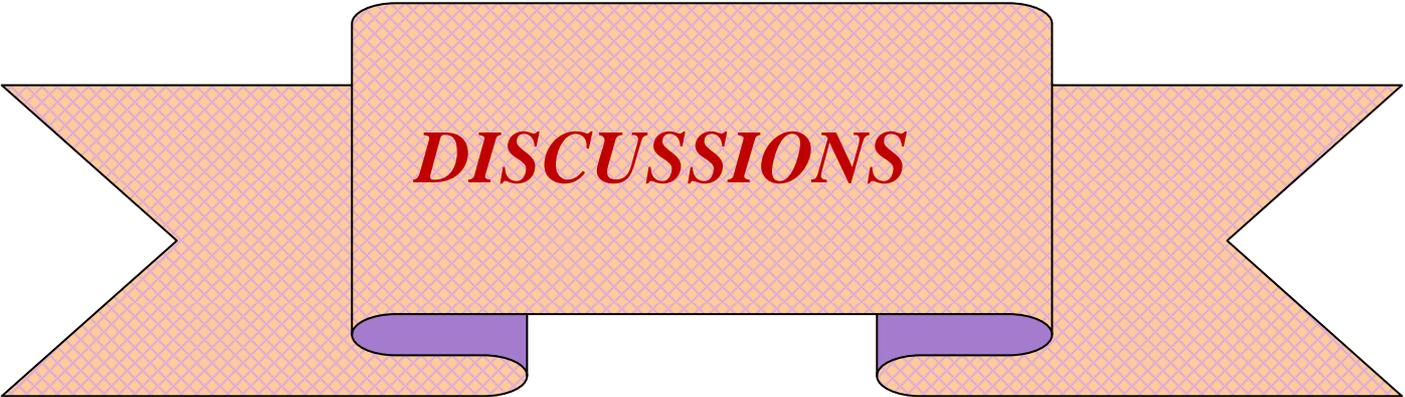
<b>Types d'habitat</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
Maison collective	397	50,9
Maison individuelle	383	49,1
<b>Total</b>	<b>780</b>	<b>100,0</b>

Il y'a 50,9% des enquêtés résidaient dans les maisons collectives.

**Tableau XXIII:** répartition des enfants selon les types de recours, délai de recours

<b>Variable</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Recours (n=780)</b>		
Oui	750	96,2
Non	30	3,8
<b>Types de recours (n=750)</b>		
Personnel de santé	388	51,7
Parents	329	43,9
Tradithérapeute	33	4,4
<b>Délai de recours (n=724)</b>		
Même jour	708	97,8
Lendemain	16	2,2

Parmi les enquêtés, 96,2% ont fait recours, 51,7% des enfants ont été pris en charge par le personnel de santé et 97,8% ont utilisé un recours le même jour.



***DISCUSSIONS***

## V.DISCUSSION

### 6.1. Caractéristiques sociodémographiques des enfants victimes d'accident domestique

#### ➤ Age

Ce sont surtout les enfants de 0 à 4 ans avec 46,5% qui sont les plus touchés dans notre étude. Ce résultat est inférieur à celui de Zidouni N qui a trouvé 58,3% en Algérie [20].

#### ➤ Sexe

La prédominance était masculine avec 54,9% de garçons et 45,1% de filles. Ce résultat est supérieur à celui retrouvé au Bénin par Tekou K avec 51,4% [21]. Il est par contre inférieur à ceux de la France (Paris) avec 65% et de la Bangui (Centrafrique) avec 58,5. % [22 ,23].Ce résultat peut s'explique par le fait que les garçons sont plus turbulents que les filles.

### 6.2. Fréquence

Notre étude a trouvé une proportion de 52,8%. Ce résultat est inférieur à celui de Tékou K au Bénin avec une proportion de 66,1% [21].

### 6.3. Caractéristiques des accidents

#### ➤ Types d'accidents domestiques

Les brûlures représentaient 50,8% dans notre étude. Ce résultat est supérieur à ceux trouvés par Gaudeuille à Bangui (38,5%) [23]; Zidouni N en Algérie (18,5%) [20] et Tekou K au Bénin (23,1%) [21].

Les traumatismes représentaient 27,9% dans notre étude, ce résultat est inférieur à celui trouvé au Sénégal (48,3%) par A.S.Ka [24].

➤ **Lieu d'accident**

Notre étude a trouvé que 43,9% des accidents se passent dans la cour. Ce résultat est inférieur à celui de Tékou K [21] qui a eu 61,6% pour la cour et alentours mais supérieur à celui de Zidouni N [20] avec 20,8% pour la cour et le jardin.

L'étude a également montré que 22,4% des accidents se passent dans la chambre. Ce résultat est inférieur à celui de Zidouni N [20] qui a eu 29,8%.

➤ **Moment de survenue de l'accident :**

La majorité (86,9%) des accidents domestiques survenaient pendant la journée ; Tékou K a trouvé que 93,1% des accidents domestiques survenaient dans la journée [21] et Zidouni N 64,4% [20].

➤ **Les types d'habitat**

Notre étude a trouvé 49,1% d'enfant vivant dans les maisons individuelles ; ce résultat est proche de celui de Zidouni N [20] qui a eu 48,4%.

➤ **Les causes d'accident**

- **Pour les brûlures et les traumatismes**

Dans notre étude les traumatismes par chute représentaient 30,9% inférieur à celui de Zidouni N qui a eu 44,9% [20], Tekou K (52, 3%) [21] et Bertrand Thélot (59%) [25].

Dans notre étude les brûlures par liquide bouillant et flamme représentaient respectivement 43,4% et 16,4% ; Ce résultat est inférieur à celui de Zidouni N qui a eu 61,5% et 20,5% [20].

La présente étude a trouvé 43,4% de brûlures par liquide bouillant. Ce résultat est inférieur à celui de Natterer dans la région Lausannoise qui a eu sur les enfants âgés de 2 mois à 15 ans 78% (de moins de 5) ont été victimes de brûlures de liquide chaud [26].

- **Pour les intoxications et les noyades :**

Dans notre étude les intoxications médicamenteuses représentaient 21,6% ; supérieur à celui du Maroc par Drs M. Rkain, N.Rbalem, qui a eu 13,3% [27].

➤ **La partie du corps touchée**

L'étude a trouvé que les membres inférieurs et supérieurs sont touchés dans 33,4% et 27,3% des cas. Ce résultat est inférieur à celui de Tekou K avec 37% et 33,8% [21].

➤ **Les types de lésions**

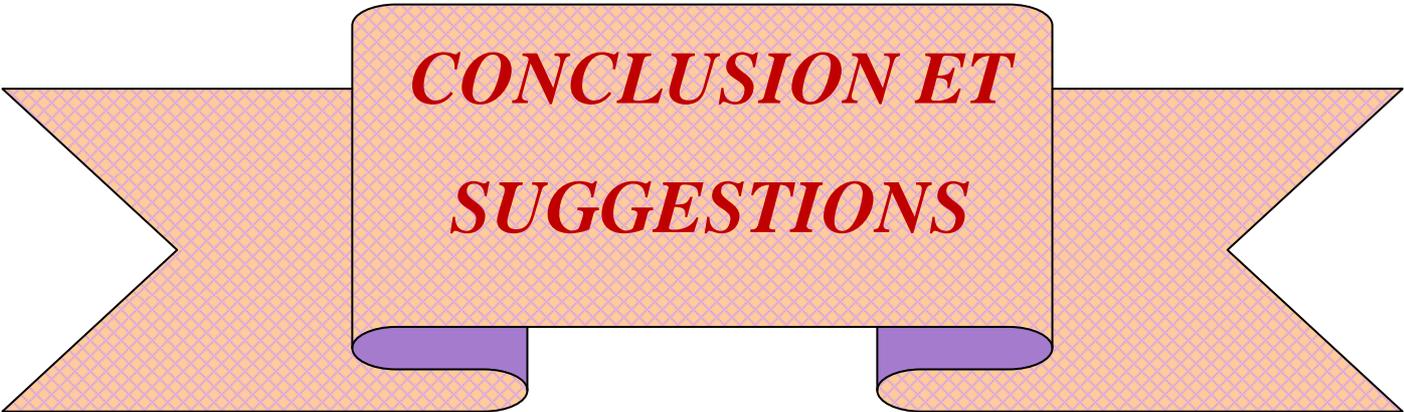
Les plaies représentent 79,1% dans notre étude. Ce résultat est supérieur à celui de Zidouni N avec 44,3% [20].

➤ **La présence de séquelles et types de séquelles :**

Notre étude a trouvé que 72,1% des enquêtés ont eu des cicatrices, 27,4% de boiterie et 0,5% de décès. Tekou K a eu un chiffre inférieur de 33,7% de cicatrices et 1,9% de boiterie [21].

➤ **Les types de recours, délai de recours :**

Notre étude a trouvé que 96,2% des enquêtés ont eu recours : 51,7% au personnel de santé et 97,8% le même jour. Tekou K a eu un chiffre inférieur de 12% (recours au personnel de santé) [21].



***CONCLUSION ET  
SUGGESTIONS***

## VI. CONCLUSION

Les résultats de cette étude concernant les accidents domestiques chez les enfants de 0 à 15 ans dans la commune I du district de Bamako ont été déterminés.

Parmi les enquêtés, 52,8% des enfants ont été victimes d'accidents et 46,5% étaient âgés de 0 à 4 ans. Les types d'accidents ont été décrits : Les brûlures représentaient 50,8% et les traumatismes 27,9% des accidents domestiques. Les lésions les plus rencontrées étaient des plaies avec 79,1%. Les membres inférieurs et supérieurs représentaient respectivement 33,4% et 27,3% des parties du corps touchée. Dans 43,9% des cas, les accidents domestiques étaient survenus dans la cour. La prise en charge de 51,7% des enfants a été faite par le personnel de santé.

Les accidents domestiques sont fréquents chez les enfants et doivent être intégrés dans les programmes de prévention.

## VII. SUGGESTIONS

A l'issue des résultats et des conclusions tirées les suggestions suivantes sont faites :

### **Aux parents**

- Veiller sur les enfants et sécuriser la cour de la maison au moment des travaux ménagers ;
- Garder les aliments et liquides chauds dans des lieux sûrs pour le faire refroidir ;
- Choisir des lieux appropriés dans les cours pour préparer à défaut d'avoir une cuisine ;
- Ne pas laisser les objets dangereux à la portée des enfants dans la cour ;
- Garder les flacons et emballages des substances toxiques à l'abri des enfants ;
- Tenir compte de l'aire de jeux des enfants, dans la réalisation architecturale du génie civil des maisons ;
- Sécuriser les balcons, les escaliers et les puits ;
- Refermer les puits après usage, confectionner des margelles de puits en cas d'inexistence ;
- Ne pas habituer les enfants à monter sur le rebord des puits et/ou fossés ;
- Eviter de remettre les pièces de monnaies et des graines d'arachide aux jeunes enfants ;
- Garder les animaux domestiques dans un lieu de stockage enfin qu'ils ne s'approchent aux enfants ;

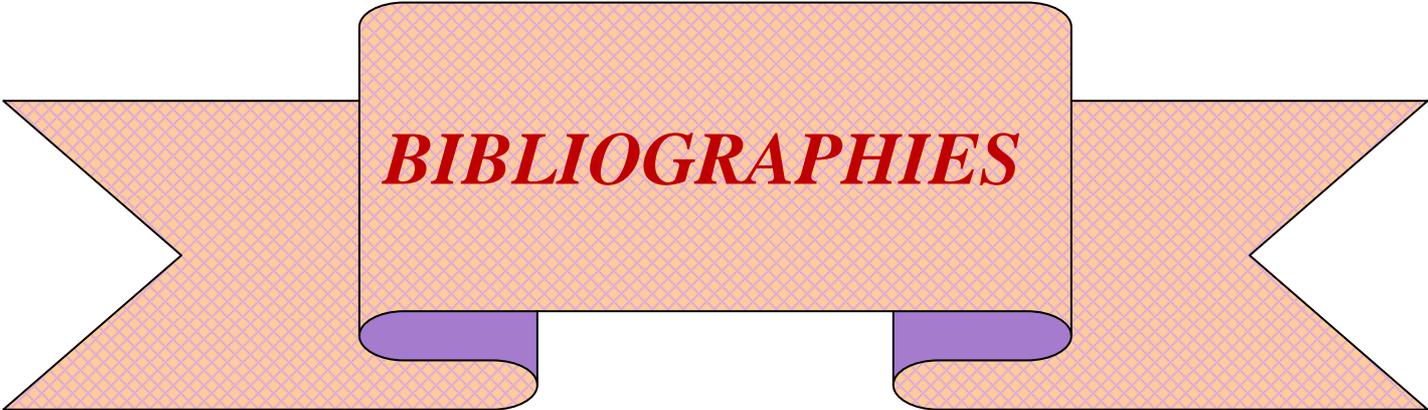
- Œuvrer pour la prise en charge rapide des enfants victimes d'accidents par les services de santé.

### **Aux autorités sanitaires de la commune**

- Encourager les études épidémiologiques permettant d'actualiser les données statistiques en matière d'accidents domestiques.
- Promouvoir la scolarisation des filles.
- Entreprendre des campagnes d'information, de sensibilisation (éducation, communication) pour la prévention des accidents domestiques chez les moins de 5 ans dans la communauté et dans les établissements fréquentés par les enfants.
- Renforcer la formation du personnel sanitaire sur la prise en charge des enfants victimes d'accidents domestiques surtout chez les moins de 5 ans.

### **Au personnel de santé**

- Sensibiliser les parents pour une prévention des accidents domestiques chez les enfants ;
- Informer les parents pour une prise en charge adaptée des enfants victimes d'accidents domestiques.



***BIBLIOGRAPHIES***

## VIII. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

### 1. Organisation Mondiale de la Santé :

Les accidents de la vie courante 2004. Disponible sur : URL :< <http://www.INVS.sante.fr/publications>>consulté le 07 mai 2013.

### 2. Rogmans W.

Les accidents domestiques et de loisirs des jeunes de moins de 25 ans dans l'union Européenne. Santé publique 2000 ; volume : (12), Page : 285.

### 3. Décès par accidents domestiques en France :

Disponible sur <http://www.planetoscope.com/mortalite/1450.html> consulté le 04 juin 2013.

### 4. Chevalier B,

Epidémiologie des accidents de la vie courante de l'enfant en janvier 2009. Disponible sur : [RENNES2012013009162/mlegoudi Accidents de\\_la\\_vie\\_courante\\_\(Pr\\_Chevallier\).pdf](http://www.rennes2012013009162/mlegoudi/Accidents_de_la_vie_courante_(Pr_Chevallier).pdf)-Adobe Reader.consulté le 29 Novembre 2012.

### 5. Camacho M.

Les accidents domestiques chez l'enfant avril 2009 : Développement et Santé 2009 ; n°194. Disponible sur : URL <http://devsante.org/category/categorie/sante-publique-prevention>. Consulté le 04/07/2013.

### 6. O.M.S :

Bulletin Brûlures graves chez les enfants de la république Tchèque : Facteurs de risque et prévention. Disponible sur : URL [Http = //www.who.int/bulletin/volumes/87/5/08-05\\_95\\_35\\_ab](http://www.who.int/bulletin/volumes/87/5/08-05_95_35_ab).consulté le 20/05/2013.

**7. Gaudeuille A. Koulouba J. M :**

Epidémiologie des accidents chez les enfants à Bangui, en Centrafrique. Médecine d'Afrique Noire, 2002, vol 49, numéro 12, pp. 557-561.

**8. Etude de l'INPES** (Institut national de prévention et d'éducation pour la santé) : Accidents domestiques : la maison de tous les dangers. Disponible sur : <http://devsante.org/category/categorie/sante-publique-prevention>. consulté le 04 07 2013.

**9. UNICEF:**

Au Vietnam, le modèle de la « maison sans danger pour les enfants » aide à réduire le nombre d'enfants victimes de noyade. Disponible sur : URL [http://www.unicef.org/french/protection/vietnam\\_46783.html](http://www.unicef.org/french/protection/vietnam_46783.html). consulté le 20/05/2013

**10. Kanta S.**

Accidents domestiques chez les enfants de 0 à 15 ans admis au service des urgences chirurgicales du CHU-GT. Thèse : Médecine : Bamako : 2008 ; n° 104.

**11. Keita F.**

Les accidents domestiques chez les enfants de 0 à 5 ans au service de pédiatrie du CHU-GT. Thèse : Médecine : Bamako ; 2010 ; n° 518.

**12. Maiga IM.**

Les accidents domestiques chez les enfants de 0 à 5 ans dans la commune V du district de Bamako. Thèse : Médecine : Bamako ; 2010 ; n° 512.

**13. Réseau EPAC, Institut de veille sanitaire :**

A Saint Maurice juillet 2006 : institut de prévention des accidents domestiques (i pad).Disponible sur: URL

[http://www.invs.sante.fr/surveillance/acvc/enquetes/epac/resultats/tr08d265\(rapport\).pdf](http://www.invs.sante.fr/surveillance/acvc/enquetes/epac/resultats/tr08d265(rapport).pdf) .

**14. Larousse:**

Le Petit LAROUSSE Illustré de Français, Paris Larousse 2008.

**15. Sanou F.**

Incidence des intoxications aiguës dans le service des urgences chirurgicales du CHU-GT sur une période de 10 ans.

**16. TNF SOFRES :** 3 français sur 4 méconnaissent la réalité des dangers Domestiques! Consulté le 12/05/ 2005.

**17.** Csréf de la commune I /Système d'information sanitaire 2013.

**18. DRPSIAP/DB :**

Direction régionale de la planification, de la statistique, de l'information, de l'aménagement du territoire et de la population du district de Bamako : Annuaire statistique du district de Bamako 2009. Date de publication Mars 2011.

**19.** Csréf de la commune I /Système d'information sanitaire : Etude monographique de la commune I du district de Bamako de juin à août 2007.

**20. Zidouni N.**

Les accidents domestiques chez l'enfant : guide de la médecine et de la santé. Algérie : INPS 2000.

**21. Tekou Kokou T.**

Facteurs associés à la survenue des accidents domestiques chez les enfants de 9 à 60 mois dans la commune de Ouidah au Benin. Mémoire n°057/IRSP/2007

**22. N. Ennaim, FZ. Lahlimi, G. Draiss, N. Rada, M. Bourrous, M. Bouskraoui.**

Les accidents domestiques de l'enfant : Etude rétrospective du service de Pédiatrie A du CHU Mohamed VI de Marrakech. Congrès Annuel; 2010 novembre 25-26 ; Paris.

**23. A.S. Ka, P. Imbert, I. Diagne, M.N. Seye, P. Gerardin, P. Guyon, J-M. Debonne.**

Epidémiologie et pronostic des accidents de l'enfant à Dakar, au Sénégal. Médecine tropical 2003, vol 63, pp: 533-538.

**24. Brudvik C, Hoem EL, Luggenes B, Vindenes H.**

Burn injuries in children. Tidsskr Nor Laegeforen. 2011 Jan 7; 131 (1): 20-3.

**25. Bertrand Thélot, Anne-Laure Chatelus, Département des Maladies chroniques et traumatiques, Institut de veille sanitaire :**

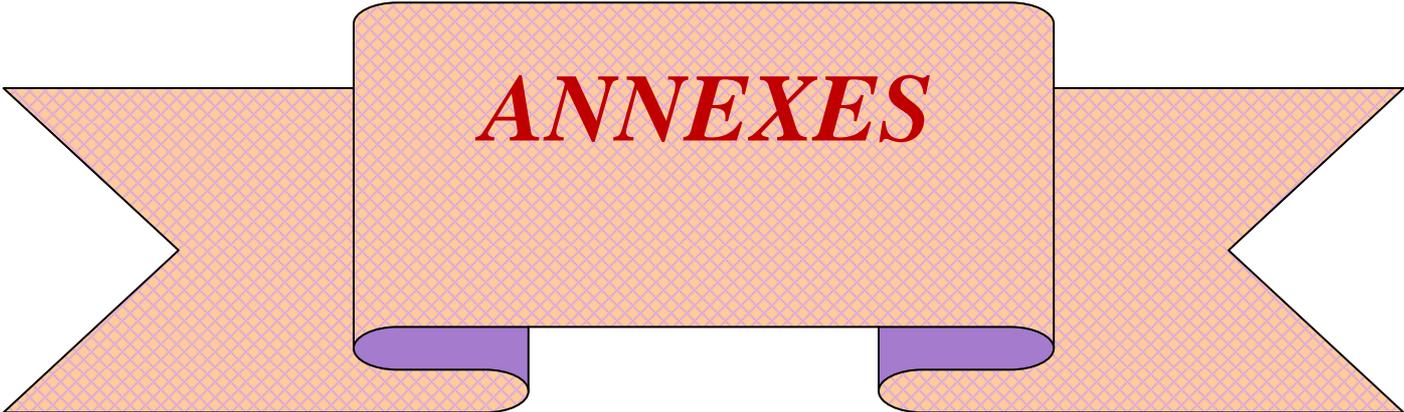
Les accidents de la vie courante chez les enfants scolarisés en CM2 en 2004-2005, en France. Décembre 2010.

**26. Natterer J1, de Buys Roessingh A, Reinberg O, Hohlfeld J.O Reinber**

Targeting burn prevention in the pediatric population : a prospective study of **children's** burns in the Lausanne area. 2009 Sep 19; 139(37-38):535-9

**27. Drs M. Rkain, S. EL Kettani, N.Rbalem, BSD. Benjelloun.**

Profil épidémiologique des incidents et intoxications aiguës accidentelles chez l'enfant, au Maroc. Septembre 2011, Tome 18, numéro : 181, pp : 532.



***ANNEXES***

**X. Annexes : questionnaire**

**Commune :**

**Quartier :**

**Numéro du quartier :**

**Date de l'enquête 13/01/2014**

**I-Caractéristiques sociodémographiques de la mère /responsable/ enfant**

Mère /responsable/enfant	Q1-Age (année)..... Q2-Statut matrimonial : Q2-1-Mariée /____/ Q2-2-Divorcée /____/ Q2-3-Célibataire /____/Q2-4-Veuve /____/ Q3-Niveau d'instruction : Q3-1-Non scolarisée /____/ Q3-2-Primaire /____/Q3-2-Secondaire /____/ Q3-3-Supérieure /____/ Q4-Profession : Q4-1-Ménagère /____/Q4-2-Vendeuse /____/ Q4-3-Fonctionnaire /____/Q4-4-Etudiante /____/ Q4-5-Artisane /____/ Q4-6-Paysanne /____/ Q5-Avez- vous combien d'enfants de 0 à 15 ans qui vivent avec vous ?/____/ Q6-Combien d'entre eux ont été victime d'accident domestique ? /____/
--------------------------	--

**II-INFORMATION SUR LES ENFANTS DE 0 à 15 ans non victime d'accidents domestiques**

Q7-Age : 1<sup>er</sup> enfant /\_\_\_\_\_/2<sup>ième</sup> /\_\_\_\_\_/ 3<sup>ième</sup> /\_\_\_\_\_/

Q8-Sexe : 1<sup>er</sup> enfant /\_\_\_\_\_/2<sup>ième</sup> /\_\_\_\_\_/ 3<sup>ième</sup> /\_\_\_\_\_/

Q9-Fratrie : 1<sup>er</sup> enfant /\_\_\_\_\_/2<sup>ième</sup> /\_\_\_\_\_/ 3<sup>ième</sup> /\_\_\_\_\_/

Q10-Fréquentation d'un établissement : 1-Crèche /\_\_\_\_\_/ 2-Jardin/ \_\_\_\_\_/ 3-Non /\_\_\_\_\_/

### **III-INFORMATIONS SUR LES ACCIDENTS DOMESTIQUES**

#### **1) Caractéristiques sociodémographiques de l'enfant victime d'accidents domestiques:**

Q11-Nom :.....Prénom.....  
Q12-Age (mois).....  
Q13-Sexe : 1-Masculin / \_\_\_\_\_ /2-Féminin/ \_\_\_\_\_ /  
Q14-Fratrie : .....  
Q15-Quartier.....  
Q16-Fréquentation d'un établissement : Q16-1-Crèche / \_\_\_\_\_ /  
Q16-2-Jardin/ \_\_\_\_\_ / Q16-3-Non / \_\_\_\_\_ /  
Q17-ATCD pathologiques (épilepsie, déficit sensoriel).....

#### **2) Types d'accidents domestiques :**

Q18- Brûlures : Q18-1-Liquide bouillant / \_\_\_ /Q18-2-Flamme / \_\_\_\_\_ /  
Q18-3-Solides chauds / \_\_\_\_\_ / Q18-4-Produits chimiques / \_\_\_\_\_ /  
Q18-5-Electricité / \_\_\_\_\_ / Q18-6- Autres / \_\_\_\_\_ /  
Q19-Traumatismes : Q19-1-Chute/ \_\_\_\_\_ /  
Q19-2-Objets tranchants ou pointus/ \_\_\_\_\_ /Q19-3-Arme à feu/ \_\_\_\_\_ /  
Q19-4-Autres/ \_\_\_\_\_ /  
Q20-Intoxications : Q20-1-Inhalation/ \_\_\_\_\_ /Q20-2-Vapeur/ \_\_\_\_\_ /  
Q20-3-Ingestion de caustique/ \_\_\_\_\_ / Q20-4-Ingestion de pétrole/ \_\_\_\_\_ /  
Q20-5-Ingestion de médicaments/ \_\_\_\_\_ / Q20-6-Autres/ \_\_\_\_\_ /  
Q21-Noyades : Q21-1-Puits / \_\_\_\_\_ /Q21-2-Piscine / \_\_\_\_\_ /  
Q21-3-Submersion dans une baignoire / \_\_\_\_\_ / Q21-4-Autres/ \_\_\_\_\_ /  
Q22-Corps étrangers : Q22-1-Pièces de monnaie / \_\_\_\_\_ /  
Q22-2-Graines d'arachides / \_\_\_\_\_ /Q22-3-Noix / \_\_\_\_\_ /  
Q22-4-Débris métalliques ou végétaux / \_\_\_\_\_ / Q22-5-Autres/ \_\_\_\_\_ /  
Q23-Morsures : Q23-1-Chien / \_\_\_\_\_ /Q23- 2-Chat / \_\_\_\_\_ /

Q23-3-Rat / \_\_\_\_\_ / Q23-4-Autres / \_\_\_\_\_ /  
Q23-4-Reptiles / \_\_\_\_\_ / Q23-5-Autres / \_\_\_\_\_ /  
Q24- Griffures : Q24-1-Chien / \_\_\_\_\_ / Q24-2-Chat / \_\_\_\_\_ /  
Q24-3-Autres / \_\_\_\_\_ /

### 3) Autres caractéristiques des accidents domestiques

Q25-Moment de l'accident : Q25-1-Journée / \_\_\_\_\_ / Q25-2- Nuit / \_\_\_\_\_ /  
Q26-Partie du corps touché : Q26-1-Tête / \_\_\_\_\_ /  
Q26-2-Membres supérieurs / \_\_\_\_\_ / Q26-3-Tronc / \_\_\_\_\_ /  
Q26-4-Membres inférieurs / \_\_\_\_\_ /  
Q27-Types de lésion : Q27- 1-Plaie / \_\_\_\_\_ Q27-/2-Fracture / \_\_\_\_\_ /  
Q27-3-Enflure / \_\_\_\_\_ / Q27-4-Entorse / \_\_\_\_\_ / Q27-5-Autres / \_\_\_\_\_ /  
Q28-Séquelles ou handicap : Q28- 1-Cicatrice / \_\_\_\_\_ Q28-/2-Cécité / \_\_\_\_\_ /  
Q28-3-Boiterie / \_\_\_\_\_ / Q28-4-Autres / \_\_\_\_\_ /  
Q29-Nombre d'accidents domestiques depuis la naissance jusqu'au jour de l'enquête  
/ \_\_\_\_\_ /  
Q30-Type d'habitat : Q30-1-Maison individuelle / \_\_\_\_\_ /  
Q30-2-Maison collective / \_\_\_\_\_ /  
Q31-Lieu de l'accident : Q31-1-Cuisine / \_\_\_\_\_ / Q31-2-Escalier / \_\_\_\_\_ /  
Q31-3-Garage / \_\_\_\_\_ / Q31-4-Chambre / \_\_\_\_\_ / Q31-5-Cour / \_\_\_\_\_ /  
Q31-6--Salle de bain / \_\_\_\_\_ /  
Q32-Existence d'endroit à risque dans la maison : Q32-1-Escalier / \_\_\_\_\_ /  
Q32-2-Balcon / \_\_\_\_\_ / Q32-3-Puits non protégés / \_\_\_\_\_ /  
Q32-4- Trou profond / \_\_\_\_\_ / Q32-5-Autres / \_\_\_\_\_ /  
Q33- Personne ayant fait la prise en charge de l'enfant victime d'accidents domestiques :  
Q33-1-Personnel de santé / \_\_\_\_\_ / Q33-2-Tradipraticien / \_\_\_\_\_ /  
Q33-3-Parent / \_\_\_\_\_ / Q33-4-Aucun / \_\_\_\_\_ / Q33-5-Autres / \_\_\_\_\_ /

Q34-Délai de la P.E.C : Q34-1-Même jour/\_\_\_\_\_/Q34-2-Lendemain/\_\_\_\_\_/

Q34-3-Autres/\_\_\_\_\_/

## **Fiche signalétique**

**Nom :** TOURE

**Prénom :** Wassa Ousmane

**Titre de la thèse :** Accidents domestiques chez les enfants de 0 à 15 ans en commune I du district de Bamako du 13 janvier au 14 février 2014.

**Année universitaire :** 2013 - 2014

**Ville de soutenance :** Bamako

**Pays d'origine :** République du Mali

**Lieu de dépôt:** Bibliothèque de la Faculté de Médecine et d'odontostomatologie

**Secteur d'intérêt :** Santé publique

### **RESUME**

Il s'agissait d'une étude transversale ayant porté sur 780 enfants âgés de 0 à 15 ans victimes d'accidents domestiques dans la commune I du district de Bamako en 2014. Dans notre étude 46,5% des enfants étaient âgés de 0 à 4 ans. Les brûlures représentaient 50,8% et les traumatismes 27,9% des types d'accidents domestiques. Les lésions les plus rencontrées étaient des plaies 79,1%. Les membres inférieurs étaient les plus touchés 33,4%. La prise en charge de 51,7% des enfants a été faite par le personnel de santé. Les enfants dont les mères/responsables sont non scolarisées représentaient 51% ; Ceux dont les mères/responsables sont ménagères représentaient 58,8%. Cette étude a montré que le facteur sociodémographique qui a influencé a été l'âge de l'enfant et les facteurs environnementaux qui ont influencé ont été le statut matrimonial de la mère/responsable de l'enfant et le lieu de l'accident domestique.

**Mots clés :** Accident domestique - Enfant - Bamako - Mali.

## SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette faculté et de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure au Nom de l'être Suprême d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admise à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que les considérations de religion, de nation, de race, de parti, ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès sa conception.

Même sous la menace, je ne permettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueuse et reconnaissante envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leur père.

Que les Hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque.

**Je le jure**

