

UNIVERSITE MOHAMMED V - RABAT
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE - RABAT-

ANNEE: 2016

THESE N°: 258

PROFIL EPIDEMIOLOGIQUE DES ACCIDENTS
DE LA VIE COURANTE CHEZ L'ENFANT
(A PROPOS DE 1342 CAS)

THESE

Présentée et soutenue publiquement le :

PAR

Mr. Nasser DOUKOURE

Né le 08 Juin 1990 à Ouagadougou

De L'Ecole Royale du Service de Santé Militaire - Rabat

Pour l'Obtention du Doctorat en Médecine

MOTS CLES : Traumatisme – Accident – Vie courante – Enfant – Epidémiologie.

JURY

Mr. F. ETTAYEBI

Professeur de Chirurgie Pédiatrique

Mme. H. OUBEJJA NEBAOUI

Professeur de Chirurgie Pédiatrique

Mr. T. EL MADHI

Professeur de Chirurgie Pédiatrique

Mr. H. ZERHOUNI

Professeur de Chirurgie Pédiatrique

Mr. M. ERRAJI

Professeur de Chirurgie Pédiatrique

PRESIDENT

RAPPORTEUR

JUGES

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

سُبْحَانَكَ لَا عِلْمَ لَنَا إِلَّا مَا عَلَّمْتَنَا

إِنَّكَ أَنْتَ الْعَلِيمُ الْحَكِيمُ

سورة البقرة الآية 31

صَدَقَ اللَّهُ الْعَظِيمُ



**UNIVERSITE MOHAMMED V DE RABAT
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE - RABAT**

DOYENS HONORAIRES :

1962 – 1969 : Professeur Abdelmalek FARAJ
1969 – 1974 : Professeur Abdellatif BERBICH
1974 – 1981 : Professeur Bachir LAZRAK
1981 – 1989 : Professeur Taieb CHKILI
1989 – 1997 : Professeur Mohamed Tahar ALAOUI
1997 – 2003 : Professeur Abdelmajid BELMAHI
2003 – 2013 : Professeur Najia HAJJAJ - HASSOUNI

ADMINISTRATION :

Doyen : Professeur Mohamed ADNAOUI
Vice Doyen chargé des Affaires Académiques et étudiantes
Professeur Mohammed AHALLAT
Vice Doyen chargé de la Recherche et de la Coopération
Professeur Taoufiq DAKKA
Vice Doyen chargé des Affaires Spécifiques à la Pharmacie
Professeur Jamal TAOUFIK
Secrétaire Général : Mr. El Hassane AHALLAT

**1- ENSEIGNANTS-CHERCHEURS MEDECINS
ET
PHARMACIENS**

PROFESSEURS :

Mai et Octobre 1981

Pr. MAAZOUZI Ahmed Wajih	Chirurgie Cardio-Vasculaire
Pr. TAOBANE Hamid*	Chirurgie Thoracique

Mai et Novembre 1982

Pr. BENOSMAN Abdellatif	Chirurgie Thoracique
-------------------------	----------------------

Novembre 1983

Pr. HAJJAJ Najia ép. HASSOUNI	Rhumatologie
-------------------------------	--------------

Décembre 1984

Pr. MAAOUNI Abdelaziz	Médecine Interne – <i>Clinique Royale</i>
Pr. MAAZOUZI Ahmed Wajdi	Anesthésie -Réanimation
Pr. SETTAF Abdellatif	pathologie Chirurgicale

Novembre et Décembre 1985

Pr. BENJELLOUN Halima	Cardiologie
Pr. BENSADID Younes	Pathologie Chirurgicale
Pr. EL ALAOUI Faris Moulay El Mostafa	Neurologie

Pr. JIDDANE Mohamed
Pr. TAGHY Ahmed
Pr. ZOUHDI Mimoun

Mars 1994

Pr. BENJAAFAR Nouredine
Pr. BEN RAIS Nozha
Pr. CAOUI Malika
Pr. CHRAIBI Abdelmjid
Pr. EL AMRANI Sabah
Pr. EL AOUAD Rajae
Pr. EL BARDOUNI Ahmed
Pr. EL HASSANI My Rachid
Pr. ERROUGANI Abdelkader
Pr. ESSAKALI Malika
Pr. ETTAYEBI Fouad
Pr. HADRI Larbi*
Pr. HASSAM Badredine
Pr. IFRINE Lahssan
Pr. JELTHI Ahmed
Pr. MAHFOUD Mustapha
Pr. MOUDENE Ahmed*
Pr. RHRAB Brahim
Pr. SENOUCI Karima

Mars 1994

Pr. ABBAR Mohamed*
Pr. ABDELHAK M'barek
Pr. BELAIDI Halima
Pr. BRAHMI Rida Slimane
Pr. BENTAHILA Abdelali
Pr. BENYAHIA Mohammed Ali
Pr. BERRADA Mohamed Saleh
Pr. CHAMI Ilham
Pr. CHERKAoui Lalla Ouafae
Pr. EL ABBADI Najia
Pr. HANINE Ahmed*
Pr. JALIL Abdelouahed
Pr. LAKHDAR Amina
Pr. MOUANE Nezha

Mars 1995

Pr. ABOUQUAL Redouane
Pr. AMRAOUI Mohamed
Pr. BAIDADA Abdelaziz
Pr. BARGACH Samir
Pr. CHAARI Jilali*
Pr. DIMOU M'barek*
Pr. DRISSI KAMILI Med Nordine*
Pr. EL MESNAOUI Abbes
Pr. ESSAKALI HOUSSYNI Leila
Pr. HDA Abdelhamid*
Pr. IBEN ATTYA ANDALOUSSI Ahmed
Pr. OUAZZANI CHAHDI Bahia

Anatomie
Chirurgie Générale
Microbiologie

Radiothérapie
Biophysique
Biophysique
Endocrinologie et Maladies Métaboliques
Gynécologie Obstétrique
Immunologie
Traumato-Orthopédie
Radiologie
Chirurgie Générale- **Directeur CHIS**
Immunologie
Chirurgie Pédiatrique
Médecine Interne
Dermatologie
Chirurgie Générale
Anatomie Pathologique
Traumatologie – Orthopédie
Traumatologie- Orthopédie **Inspecteur du SS**
Gynécologie –Obstétrique
Dermatologie

Urologie
Chirurgie – Pédiatrique
Neurologie
Gynécologie Obstétrique
Pédiatrie
Gynécologie – Obstétrique
Traumatologie – Orthopédie
Radiologie
Ophtalmologie
Neurochirurgie
Radiologie
Chirurgie Générale
Gynécologie Obstétrique
Pédiatrie

Réanimation Médicale
Chirurgie Générale
Gynécologie Obstétrique
Gynécologie Obstétrique
Médecine Interne
Anesthésie Réanimation – **Dir. HMIM**
Anesthésie Réanimation
Chirurgie Générale
Oto-Rhino-Laryngologie
Cardiologie - **Directeur ERSM**
Urologie
Ophtalmologie

Pr. TACHINANTE Rajae
Pr. TAZI MEZALEK Zoubida

Anesthésie-Réanimation
Médecine Interne

Novembre 2000

Pr. AIDI Saadia
Pr. AIT OURHROUI Mohamed
Pr. AJANA Fatima Zohra
Pr. BENAMR Said
Pr. CHERTI Mohammed
Pr. ECH-CHERIF EL KETTANI Selma
Pr. EL HASSANI Amine
Pr. EL KHADER Khalid
Pr. EL MAGHRAOUI Abdellah*
Pr. GHARBI Mohamed El Hassan
Pr. HSSAIDA Rachid*
Pr. LAHLOU Abdou
Pr. MAFTAH Mohamed*
Pr. MAHASSINI Najat
Pr. MDAGHRI ALAOUI Asmae
Pr. NASSIH Mohamed*
Pr. ROUIMI Abdelhadi*

Neurologie
Dermatologie
Gastro-Entérologie
Chirurgie Générale
Cardiologie
Anesthésie-Réanimation
Pédiatrie
Urologie
Rhumatologie
Endocrinologie et Maladies Métaboliques
Anesthésie-Réanimation
Traumatologie Orthopédie
Neurochirurgie
Anatomie Pathologique
Pédiatrie
Stomatologie Et Chirurgie Maxillo-Faciale
Neurologie

Décembre 2000

Pr. ZOHAIR ABDELAH*

ORL

Décembre 2001

Pr. ABABOU Adil
Pr. BALKHI Hicham*
Pr. BENABDELJIL Maria
Pr. BENAMAR Loubna
Pr. BENAMOR Jouda
Pr. BENELBARHDADI Imane
Pr. BENNANI Rajae
Pr. BENOUACHANE Thami
Pr. BEZZA Ahmed*
Pr. BOUCHIKHI IDRISSE Med Larbi
Pr. BOUMDIN El Hassane*
Pr. CHAT Latifa
Pr. DAALI Mustapha*
Pr. DRISSI Sidi Mourad*
Pr. EL HIJRI Ahmed
Pr. EL MAAQILI Moulay Rachid
Pr. EL MADHI Tarik
Pr. EL OUNANI Mohamed
Pr. ETTAIR Said
Pr. GAZZAZ Miloudi*
Pr. HRORA Abdelmalek
Pr. KABBAJ Saad
Pr. KABIRI EL Hassane*
Pr. LAMRANI Moulay Omar
Pr. LEKEHAL Brahim
Pr. MAHASSIN Fattouma*
Pr. MEDARHRI Jalil

Anesthésie-Réanimation
Anesthésie-Réanimation
Neurologie
Néphrologie
Pneumo-phtisiologie
Gastro-Entérologie
Cardiologie
Pédiatrie
Rhumatologie
Anatomie
Radiologie
Radiologie
Chirurgie Générale
Radiologie
Anesthésie-Réanimation
Neuro-Chirurgie
Chirurgie-Pédiatrique
Chirurgie Générale
Pédiatrie
Neuro-Chirurgie
Chirurgie Générale
Anesthésie-Réanimation
Chirurgie Thoracique
Traumatologie Orthopédie
Chirurgie Vasculaire Périphérique
Médecine Interne
Chirurgie Générale

Pr. MIKDAME Mohammed*
 Pr. MOHSINE Raouf
 Pr. NOUINI Yassine
 Pr. SABBAAH Farid
 Pr. SEFIANI Yasser
 Pr. TAOUFIQ BENCHEKROUN Soumia

Hématologie Clinique
 Chirurgie Générale
 Urologie
 Chirurgie Générale
 Chirurgie Vasculaire Périphérique
 Pédiatrie

Décembre 2002

Pr. AL BOUZIDI Abderrahmane*
 Pr. AMEUR Ahmed *
 Pr. AMRI Rachida
 Pr. AOURARH Aziz*
 Pr. BAMOU Youssef *
 Pr. BELMEJDOUB Ghizlene*
 Pr. BENZEKRI Laila
 Pr. BENZZOUBEIR Nadia
 Pr. BERNOUSSI Zakiya
 Pr. BICHRA Mohamed Zakariya*
 Pr. CHOHO Abdelkrim *
 Pr. CHKIRATE Bouchra
 Pr. EL ALAMI EL FELLOUS Sidi Zouhair
 Pr. EL HAOURI Mohamed *
 Pr. EL MANSARI Omar*
 Pr. FILALI ADIB Abdelhai
 Pr. HAJJI Zakia
 Pr. IKEN Ali
 Pr. JAAFAR Abdeloihab*
 Pr. KRIOUILE Yamina
 Pr. LAGHMARI Mina
 Pr. MABROUK Hfid*
 Pr. MOUSSAOUI RAHALI Driss*
 Pr. MOUSTAGHFIR Abdelhamid*
 Pr. NAITLHO Abdelhamid*
 Pr. OUJILAL Abdelilah
 Pr. RACHID Khalid *
 Pr. RAISS Mohamed
 Pr. RGUIBI IDRISSE Sidi Mustapha*
 Pr. RHOU Hakima
 Pr. SIAH Samir *
 Pr. THIMOU Amal
 Pr. ZENTAR Aziz*

Anatomie Pathologique
 Urologie
 Cardiologie
 Gastro-Entérologie
 Biochimie-Chimie
 Endocrinologie et Maladies Métaboliques
 Dermatologie
 Gastro-Entérologie
 Anatomie Pathologique
 Psychiatrie
 Chirurgie Générale
 Pédiatrie
 Chirurgie Pédiatrique
 Dermatologie
 Chirurgie Générale
 Gynécologie Obstétrique
 Ophtalmologie
 Urologie
 Traumatologie Orthopédie
 Pédiatrie
 Ophtalmologie
 Traumatologie Orthopédie
 Gynécologie Obstétrique
 Cardiologie
 Médecine Interne
 Oto-Rhino-Laryngologie
 Traumatologie Orthopédie
 Chirurgie Générale
 Pneumophthisiologie
 Néphrologie
 Anesthésie Réanimation
 Pédiatrie
 Chirurgie Générale

Janvier 2004

Pr. ABDELLAH El Hassan
 Pr. AMRANI Mariam
 Pr. BENBOUZID Mohammed Anas
 Pr. BENKIRANE Ahmed*
 Pr. BOUGHALEM Mohamed*
 Pr. BOULAADAS Malik
 Pr. BOURAZZA Ahmed*
 Pr. CHAGAR Belkacem*

Ophtalmologie
 Anatomie Pathologique
 Oto-Rhino-Laryngologie
 Gastro-Entérologie
 Anesthésie Réanimation
 Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale
 Neurologie
 Traumatologie Orthopédie

Pr. CHERRADI Nadia
 Pr. EL FENNI Jamal*
 Pr. EL HANCHI ZAKI
 Pr. EL KHORASSANI Mohamed
 Pr. EL YOUNASSI Badreddine*
 Pr. HACHI Hafid
 Pr. JABOUIRIK Fatima
 Pr. KHABOUZE Samira
 Pr. KHARMAZ Mohamed
 Pr. LEZREK Mohammed*
 Pr. MOUGHIL Said
 Pr. OUBAAZ Abdelbarre*
 Pr. TARIB Abdelilah*
 Pr. TIJAMI Fouad
 Pr. ZARZUR Jamila

Anatomie Pathologique
 Radiologie
 Gynécologie Obstétrique
 Pédiatrie
 Cardiologie
 Chirurgie Générale
 Pédiatrie
 Gynécologie Obstétrique
 Traumatologie Orthopédie
 Urologie
 Chirurgie Cardio-Vasculaire
 Ophtalmologie
 Pharmacie Clinique
 Chirurgie Générale
 Cardiologie

Janvier 2005

Pr. ABBASSI Abdellah
 Pr. AL KANDRY Sif Eddine*
 Pr. ALAOUI Ahmed Essaid
 Pr. ALLALI Fadoua
 Pr. AMAZOUZI Abdellah
 Pr. AZIZ Nouredine*
 Pr. BAHIRI Rachid
 Pr. BARKAT Amina
 Pr. BENHALIMA Hanane
 Pr. BENYASS Aatif
 Pr. BERNOUSSI Abdelghani
 Pr. CHARIF CHEFCHAOUNI Mohamed
 Pr. DOUDOUH Abderrahim*
 Pr. EL HAMZAOUI Sakina*
 Pr. HAJJI Leila
 Pr. HESSISSEN Leila
 Pr. JIDAL Mohamed*
 Pr. LAAROUSSI Mohamed
 Pr. LYAGOUBI Mohammed
 Pr. NIAMANE Radouane*
 Pr. RAGALA Abdelhak
 Pr. SBIHI Souad
 Pr. ZERAIDI Najia

Chirurgie Réparatrice et Plastique
 Chirurgie Générale
 Microbiologie
 Rhumatologie
 Ophtalmologie
 Radiologie
 Rhumatologie
 Pédiatrie
 Stomatologie et Chirurgie Maxillo Faciale
 Cardiologie
 Ophtalmologie
 Ophtalmologie
 Biophysique
 Microbiologie
 Cardiologie (mise en disponibilité)
 Pédiatrie
 Radiologie
 Chirurgie Cardio-vasculaire
 Parasitologie
 Rhumatologie
 Gynécologie Obstétrique
 Histo-Embryologie Cytogénétique
 Gynécologie Obstétrique

Décembre 2005

Pr. CHANI Mohamed

Anesthésie Réanimation

Avril 2006

Pr. ACHEMLAL Lahsen*
 Pr. AKJOUJ Said*
 Pr. BELMEKKI Abdelkader*
 Pr. BENCHEIKH Razika
 Pr. BIYI Abdelhamid*

Rhumatologie
 Radiologie
 Hématologie
 O.R.L
 Biophysique

Pr. BOUHAFS Mohamed El Amine
 Pr. BOULAHYA Abdellatif*
 Pr. CHENGUETI ANSARI Anas
 Pr. DOGHMI Nawal
 Pr. ESSAMRI Wafaa
 Pr. FELLAT Ibtissam
 Pr. FAROUDY Mamoun
 Pr. GHADOUANE Mohammed*
 Pr. HARMOUCHE Hicham
 Pr. HANAFI Sidi Mohamed*
 Pr. IDRIS LAHLOU Amine*
 Pr. JROUNDI Laila
 Pr. KARMOUNI Tariq
 Pr. KILI Amina
 Pr. KISRA Hassan
 Pr. KISRA Mounir
 Pr. LAATIRIS Abdelkader*
 Pr. LMIMOUNI Badreddine*
 Pr. MANSOURI Hamid*
 Pr. OUANASS Abderrazzak
 Pr. SAFI Soumaya*
 Pr. SEKKAT Fatima Zahra
 Pr. SOUALHI Mouna
 Pr. TELLAL Said*
 Pr. ZAHRAOUI Rachida

Octobre 2007

Pr. ABIDI Khalid
 Pr. ACHACHI Leila
 Pr. ACHOUR Abdessamad*
 Pr. AIT HOUSSA Mahdi*
 Pr. AMHAJJI Larbi*
 Pr. AMMAR Haddou*
 Pr. AOUI Sarra
 Pr. BAITE Abdelouahed*
 Pr. BALOUCH Lhousaine*
 Pr. BENZIANE Hamid*
 Pr. BOUTIMZINE Nourdine
 Pr. CHARKAOUI Naoual*
 Pr. EHIRCHIOU Abdelkader*
 Pr. ELABSI Mohamed
 Pr. EL MOUSSAOUI Rachid
 Pr. EL OMARI Fatima
 Pr. GANA Rachid
 Pr. GHARIB Noureddine
 Pr. HADADI Khalid*
 Pr. ICHOU Mohamed*
 Pr. ISMAILI Nadia

Chirurgie - Pédiatrique
 Chirurgie Cardio – Vasculaire
 Gynécologie Obstétrique
 Cardiologie
 Gastro-entérologie
 Cardiologie
 Anesthésie Réanimation
 Urologie
 Médecine Interne
 Anesthésie Réanimation
 Microbiologie
 Radiologie
 Urologie
 Pédiatrie
 Psychiatrie
 Chirurgie – Pédiatrique
 Pharmacie Galénique
 Parasitologie
 Radiothérapie
 Psychiatrie
 Endocrinologie
 Psychiatrie
 Pneumo – Phtisiologie
 Biochimie
 Pneumo – Phtisiologie

Réanimation médicale
 Pneumo phtisiologie
 Chirurgie générale
 Chirurgie cardio vasculaire
 Traumatologie orthopédie
 ORL
 Parasitologie
 Anesthésie réanimation
 Biochimie-chimie
 Pharmacie clinique
 Ophtalmologie
 Pharmacie galénique
 Chirurgie générale
 Chirurgie générale
 Anesthésie réanimation
 Psychiatrie
 Neuro chirurgie
 Chirurgie plastique et réparatrice
 Radiothérapie
 Oncologie médicale
 Dermatologie

Pr. KEBDANI Tayeb
 Pr. LALAOUI SALIM Jaafar*
 Pr. LOUZI Lhoussain*
 Pr. MADANI Naoufel
 Pr. MAHI Mohamed*
 Pr. MARC Karima
 Pr. MASRAR Azlarab
 Pr. MOUTAJ Redouane *
 Pr. MRABET Mustapha*
 Pr. MRANI Saad*
 Pr. OUZZIF Ez zohra*
 Pr. RABHI Monsef*
 Pr. RADOUANE Bouchaib*
 Pr. SEFFAR Myriame
 Pr. SEKHSOKH Yessine*
 Pr. SIFAT Hassan*
 Pr. TABERKANET Mustafa*
 Pr. TACHFOUTI Samira
 Pr. TAJDINE Mohammed Tariq*
 Pr. TANANE Mansour*
 Pr. TLIGUI Houssain
 Pr. TOUATI Zakia

Décembre 2007

Pr. DOUHAL ABDERRAHMAN

Décembre 2008

Pr ZOUBIR Mohamed*
 Pr TAHIRI My El Hassan*

Mars 2009

Pr. ABOUZAHIR Ali*
 Pr. AGDR Aomar*
 Pr. AIT ALI Abdelmounaim*
 Pr. AIT BENHADDOU El hachmia
 Pr. AKHADDAR Ali*
 Pr. ALLALI Nazik
 Pr. AMAHZOUNE Brahim*
 Pr. AMINE Bouchra
 Pr. ARKHA Yassir
 Pr. AZENDOUR Hicham*
 Pr. BELYAMANI Lahcen*
 Pr. BIIJOU Younes
 Pr. BOUHSAIN Sanae*
 Pr. BOUI Mohammed*
 Pr. BOUNAIM Ahmed*
 Pr. BOUSSOUGA Mostapha*
 Pr. CHAKOUR Mohammed *
 Pr. CHTATA Hassan Toufik*

Radiothérapie
 Anesthésie réanimation
 Microbiologie
 Réanimation médicale
 Radiologie
 Pneumo phtisiologie
 Hématologie
 Parasitologie
 Médecine préventive santé publique et hygiène
 Virologie
 Biochimie-chimie
 Médecine interne
 Radiologie
 Microbiologie
 Microbiologie
 Radiothérapie
 Chirurgie vasculaire périphérique
 Ophtalmologie
 Chirurgie générale
 Traumatologie orthopédie
 Parasitologie
 Cardiologie

Ophtalmologie

Anesthésie Réanimation
 Chirurgie Générale

Médecine interne
 Pédiatre
 Chirurgie Générale
 Neurologie
 Neuro-chirurgie
 Radiologie
 Chirurgie Cardio-vasculaire
 Rhumatologie
 Neuro-chirurgie
 Anesthésie Réanimation
 Anesthésie Réanimation
 Anatomie
 Biochimie-chimie
 Dermatologie
 Chirurgie Générale
 Traumatologie orthopédique
 Hématologie biologique
 Chirurgie vasculaire périphérique

Pr. DOGHMI Kamal*
 Pr. EL MALKI Hadj Omar
 Pr. EL OUENNASS Mostapha*
 Pr. ENNIBI Khalid*
 Pr. FATHI Khalid
 Pr. HASSIKOU Hasna *
 Pr. KABBAJ Nawal
 Pr. KABIRI Meryem
 Pr. KARBOUBI Lamya
 Pr. L'KASSIMI Hachemi*
 Pr. LAMSAOURI Jamal*
 Pr. MARMADÉ Lahcen
 Pr. MESKINI Toufik
 Pr. MESSAOUDI Nezha *
 Pr. MSSROURI Rahal
 Pr. NASSAR Ittimade
 Pr. OUKERRAJ Latifa
 Pr. RHORFI Ismail Abderrahmani *
 Pr. ZOUHAIR Said*

Hématologie clinique
 Chirurgie Générale
 Microbiologie
 Médecine interne
 Gynécologie obstétrique
 Rhumatologie
 Gastro-entérologie
 Pédiatrie
 Pédiatrie
 Microbiologie
 Chimie Thérapeutique
 Chirurgie Cardio-vasculaire
 Pédiatrie
 Hématologie biologique
 Chirurgie Générale
 Radiologie
 Cardiologie
 Pneumo-phtisiologie
 Microbiologie

PROFESSEURS AGREGES :
Octobre 2010

Pr. ALILOU Mustapha
 Pr. AMEZIANE Taoufiq*
 Pr. BELAGUID Abdelaziz
 Pr. BOUAITY Brahim*
 Pr. CHADLI Mariama*
 Pr. CHEMSI Mohamed*
 Pr. DAMI Abdellah*
 Pr. DARBI Abdellatif*
 Pr. DENDANE Mohammed Anouar
 Pr. EL HAFIDI Naima
 Pr. EL KHARRAS Abdennasser*
 Pr. EL MAZOUZ Samir
 Pr. EL SAYEGH Hachem
 Pr. ERRABIH Ikram
 Pr. LAMALMI Najat
 Pr. LEZREK Mounir
 Pr. MALIH Mohamed*
 Pr. MOSADIK Ahlam
 Pr. MOUJAHID Mountassir*
 Pr. NAZIH Mouna*
 Pr. ZOUAIDIA Fouad

Anesthésie réanimation
 Médecine interne
 Physiologie
 ORL
 Microbiologie
 Médecine aéronautique
 Biochimie chimie
 Radiologie
 Chirurgie pédiatrique
 Pédiatrie
 Radiologie
 Chirurgie plastique et réparatrice
 Urologie
 Gastro entérologie
 Anatomie pathologique
 Ophtalmologie
 Pédiatrie
 Anesthésie Réanimation
 Chirurgie générale
 Hématologie
 Anatomie pathologique

Mai 2012

Pr. AMRANI Abdelouahed
 Pr. ABOUELALAA Khalil*
 Pr. BELAIZI Mohamed*
 Pr. BENCHEBBA Driss*

Chirurgie Pédiatrique
 Anesthésie Réanimation
 Psychiatrie
 Traumatologie Orthopédique

Pr. DRISSI Mohamed*
 Pr. EL ALAOU MHAMDI Mouna
 Pr. EL KHATTABI Abdessadek*
 Pr. EL OUAZZANI Hanane*
 Pr. ER-RAJI Mounir
 Pr. JAHID Ahmed
 Pr. MEHSSANI Jamal*
 Pr. RAISSOUNI Maha*

Anesthésie Réanimation
 Chirurgie Générale
 Médecine Interne
 Pneumophtisiologie
 Chirurgie Pédiatrique
 Anatomie pathologique
 Psychiatrie
 Cardiologie

Février 2013

Pr. AHID Samir
 Pr. AIT EL CADI Mina
 Pr. AMRANI HANCHI Laila
 Pr. AMOUR Mourad
 Pr. AWAB Almahdi
 Pr. BELAYACHI Jihane
 Pr. BELKHADIR Zakaria Houssain
 Pr. BENCHEKROUN Laila
 Pr. BENKIRANE Souad
 Pr. BENNANA Ahmed*
 Pr. BENSEFFAJ Nadia
 Pr. BENSGHIR Mustapha*
 Pr. BENYAHIA Mohammed*
 Pr. BOUATIA Mustapha
 Pr. BOUABID Ahmed Salim*
 Pr. BOUTARBOUCH Mahjouba
 Pr. CHAIB Ali*
 Pr. DENDANE Tarek
 Pr. DINI Nouzha*
 Pr. ECH-CHERIF EL KETTANI Mohamed Ali
 Pr. ECH-CHERIF EL KETTANI Najwa
 Pr. ELFATEMI Nizare
 Pr. EL GUERROUJ Hasnae
 Pr. EL HARTI Jaouad
 Pr. EL JOUDI Rachid*
 Pr. EL KABABRI Maria
 Pr. EL KHANNOUSSI Basma
 Pr. EL KHLOUFI Samir
 Pr. EL KORAICHI Alae
 Pr. EN-NOUALI Hassane*
 Pr. ERRGUIG Laila
 Pr. FIKRI Meryim
 Pr. GHANIMI Zineb
 Pr. GHFIR Imade
 Pr. IMANE Zineb
 Pr. IRAQI Hind
 Pr. KABBAJ Hakima
 Pr. KADIRI Mohamed*
 Pr. LATIB Rachida

Pharmacologie – Chimie
 Toxicologie
 Gastro-Entérologie
 Anesthésie Réanimation
 Anesthésie Réanimation
 Réanimation Médicale
 Anesthésie Réanimation
 Biochimie-Chimie
 Hématologie
 Informatique Pharmaceutique
 Immunologie
 Anesthésie Réanimation
 Néphrologie
 Chimie Analytique
 Traumatologie Orthopédie
 Anatomie
 Cardiologie
 Réanimation Médicale
 Pédiatrie
 Anesthésie Réanimation
 Radiologie
 Neuro-Chirurgie
 Médecine Nucléaire
 Chimie Thérapeutique
 Toxicologie
 Pédiatrie
 Anatomie Pathologie
 Anatomie
 Anesthésie Réanimation
 Radiologie
 Physiologie
 Radiologie
 Pédiatrie
 Médecine Nucléaire
 Pédiatrie
 Endocrinologie et maladies métaboliques
 Microbiologie
 Psychiatrie
 Radiologie

Pr. MAAMAR Mouna Fatima Zahra
 Pr. MEDDAH Bouchra
 Pr. MELHAOUI Adyl
 Pr. MRABTI Hind
 Pr. NEJJARI Rachid
 Pr. OUBEJJA Houda
 Pr. OUKABLI Mohamed*
 Pr. RAHALI Younes
 Pr. RATBI Ilham
 Pr. RAHMANI Mounia
 Pr. REDA Karim*
 Pr. REGRAGUI Wafa
 Pr. RKAIN Hanan
 Pr. ROSTOM Samira
 Pr. ROUAS Lamiaa
 Pr. ROUIBAA Fedoua*
 Pr. SALIHOUN Mouna
 Pr. SAYAH Rochde
 Pr. SEDDIK Hassan*
 Pr. ZERHOUNI Hicham
 Pr. ZINE Ali*

Médecine Interne
 Pharmacologie
 Neuro-chirurgie
 Oncologie Médicale
 Pharmacognosie
 Chirurgie Pédiatrique
 Anatomie Pathologique
 Pharmacie Galénique
 Génétique
 Neurologie
 Ophtalmologie
 Neurologie
 Physiologie
 Rhumatologie
 Anatomie Pathologique
 Gastro-Entérologie
 Gastro-Entérologie
 Chirurgie Cardio-Vasculaire
 Gastro-Entérologie
 Chirurgie Pédiatrique
 Traumatologie Orthopédie

Avril 2013

Pr. EL KHATIB Mohamed Karim*
 Pr. GHOUNDALE Omar*
 Pr. ZYANI Mohammad*

Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale
 Urologie
 Médecine Interne

**Enseignants Militaires*

2- ENSEIGNANTS – CHERCHEURS SCIENTIFIQUES

PROFESSEURS / PRs. HABILITES

Pr. ABOUDRAR Saadia
 Pr. ALAMI OUHABI Naima
 Pr. ALAOUI KATIM
 Pr. ALAOUI SLIMANI Lalla Naïma
 Pr. ANSAR M'hammed
 Pr. BOUHOUCHE Ahmed
 Pr. BOUKLOUZE Abdelaziz
 Pr. BOURJOUANE Mohamed
 Pr. BARKYOU Malika
 Pr. CHAHED OUZZANI Lalla Chadia
 Pr. DAKKA Taoufiq
 Pr. DRAOUI Mustapha
 Pr. EL GUESSABI Lahcen

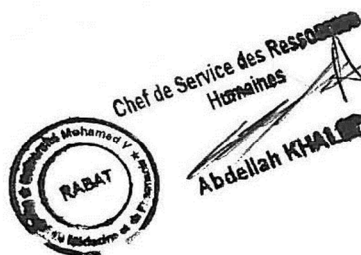
Physiologie
 Biochimie – chimie
 Pharmacologie
 Histologie-Embryologie
 Chimie Organique et Pharmacie Chimique
 Génétique Humaine
 Applications Pharmaceutiques
 Microbiologie
 Histologie-Embryologie
 Biochimie – chimie
 Physiologie
 Chimie Analytique
 Pharmacognosie

Pr. ETTAIB Abdelkader
Pr. FAOUZI Moulay El Abbas
Pr. HAMZAOU Laila
Pr. HMAMOUCI Mohamed
Pr. IBRAHIMI Azeddine
Pr. KHANFRI Jamal Eddine
Pr. OULAD BOUYAHYA IDRISSE Med
Pr. REDHA Ahlam
Pr. TOUATI Driss
Pr. ZAHIDI Ahmed
Pr. ZELLOU Amina

Zootchnie
Pharmacologie
Biophysique
Chimie Organique
Biologie moléculaire
Biologie
Chimie Organique
Chimie
Pharmacognosie
Pharmacologie
Chimie Organique

*Mise à jour le 09/01/2015 par le
Service des Ressources Humaines*

- 9 JAN 2015





Dédicaces

A Allah

Tout puissant Qui m'a inspiré

Qui m'a guidé dans le bon chemin

Je vous dois ce que je suis devenu

Louanges et remerciements

Pour votre clémence et miséricorde

A

FEU SA MAJESTÉ LE ROI HASSAN II



Que Dieu ait son âme en sa Sainte Miséricorde.

A

SA MAJESTÉ LE ROI MOHAMED VI

Chef Suprême et Chef d'Etat-Major Général des Forces Armées Royales.

Roi du MAROC et garant de son intégrité territoriale



Qu'Allah le glorifie et préserve Son Royaume

A

*SON ALTESSE ROYALE LE PRINCE HERITIER MOULAY EL
HASSAN*



Que Dieu le garde

A

SON ALTESSE ROYALE

LE PRINCE MOULAY RACHID



Que Dieu le protège



A

TOUTE LA FAMILLE ROYALE



A

Monsieur le Général de Corps d'Armée

Bouchaib AAROUB

Inspecteur Général des FAR et Commandant de la Zone Sud

En témoignage de notre grand respect

Notre profonde considération et sincère admiration

A

Monsieur le Médecin Général de Brigade

Abdelkrim MAHMOUDI

Professeur d'Anesthésie Réanimation.

Inspecteur du Service de Santé des Forces Armées Royales.

En témoignage de notre grand respect,

Et notre profonde considération



A

A Monsieur le Médecin Colonel Major

Abdelhamid HDA

Professeur de Cardiologie Directeur de l'HMIMV –Rabat.

En témoignage de notre grand respect

Et notre profonde considération

A

Monsieur le Médecin Colonel Major

L'kassmi HACHEMI

Professeur de Biologie

Directeur de l'HMIMI-Meknès.

En témoignant de notre grand respect

et notre profonde considération



A

Monsieur le Médecin Colonel Major

Khalid SAYER

Professeur de chirurgie viscérale

Directeur de l'Hôpital Militaire Avicenne de Marrakech

En témoignant de notre grand respect

et notre profonde considération

A

Monsieur le Médecin Colonel

Abdelouahed BAITE

Professeur d'Anesthésie Réanimation

Directeur de l'E.R.S.S.M et de L'E.R.M.I.M.

En témoignage de notre grand respect

Et notre profonde considération.

*A la mémoire de mon petit frère, Feu Mohamed Ridwane
DOUKOURE.*

Tu es parti si tôt en 2014 à 17 ans dans des circonstances accidentelles.

*C'est à ta mémoire que j'ai tenu à aller au bout de ce travail sur les
accidents de la vie courante chez l'enfant. Tu nous manqueras toujours
Ridy. Repose en paix,*

*A la mémoire de mes cousins, Feu Kassim DOUKOURE,
Roukiatou DOUKOURE et Tidiane DOUKOURE.*

*Vous nous avez quittés successivement cette année. On ne vous oubliera
jamais. Reposez en paix.*

A mes très chers parents:

***Papa,** si j'en suis là aujourd'hui, c'est grâce à vous. Merci du fond du cœur pour tout ce que vous avez fait et continuez de faire pour moi.*

Vous êtes un exemple et une source d'inspiration.

***Maman,** vous nous avez toujours supportés depuis la naissance. Merci pour la vie, pour les peines que vous avez endurées pour moi, pour l'éducation, le soutien et toutes les prières.*

***Belle-mère,** vous êtes ma 2^{ème} maman. Vous avez toujours été là et nous avez traité comme vos propres enfants. Je vous en suis très reconnaissant.*

Aucune expression ne peut quantifier la gratitude qu'un fils doit à ses parents. Je vous dis tout simplement MÉRCI chers parents. Que Dieu vous garde.

À tous mes frères et sœurs:

*Belko, Hamallah, Bébé, Baba, Kadi, Ibou, Habi, Halima, Zara, Rouki,
Aicha.*

*À tous mes oncles et tantes, cousins et cousines, tous les
membres de ma famille.*

À ma bien aimée fiancée Djamila.

*A toutes les autorités civiles et militaires de mon cher pays
le BURKINA FASO, fonctions et grades distinctifs.*

A son excellence Mr Yéro BOLY

*Vous avez cru en moi, avec juste raison. Merci pour toute l'aide et le
soutien.*

A la famille Cissé à Rabat,

*Merci pour tout mon Colonel, vous avez une famille en or. Mme Cissé,
Fatou, Fayçal, merci.*

*À tous mes amis, je ne peux citer tout le monde merci pour
tous les moments partagés.*

*À toute la promotion 2001 du Prytanée Militaire du
Kadiogo.*

*À toute la promotion 2008 de l'Ecole Royale du Service de
Santé Militaire.*

À tous mes anciens, promos et jeunes PA de l'ERSSM.

A mon maître du primaire Mr Adama Savadogo.

Mr, la base est essentielle en toute chose. Vous m'avez appris à lire, écrire et compter du CP1 jusqu'au CM2 et je peux vous assurer que vous l'avez bien fait. La graine que vous avez semé il y a de cela 20 ans a porté ses fruits. Vous m'avez honoré en donnant mon prénom à votre premier enfant, je vous honore avec ce diplôme. Ce docteur que je suis aujourd'hui est avant tout le vôtre. Merci.

A tous mes encadrants civils et militaires, depuis l'école Tanvili, le Prytanée Militaire de Kadiogo, l'ERSSM, la faculté de médecine et de pharmacie de Rabat, tous les hôpitaux où j'ai passé des stages. Merci, vous avez fait de moi l'homme que je suis aujourd'hui.



Remerciements

A Mon maître et président de thèse

Professeur Fouad ETTAYBI

Professeur de chirurgie pédiatrique

Chef de service des urgences chirurgicales pédiatrique

Hôpital d'enfant CHU Ibn Sina

*C'est un grand honneur que vous nous faites, en acceptant
la présidence de notre jury de cette thèse avec plaisir et sans conditions.*

*Votre gentillesse, votre sérieux, vos qualités professionnelles
font de vous une référence.*

*Permettez-nous de vous exprimer notre profonde
estime et nos très sincères remerciements.*

A Mon maître et rapporteur de thèse
Madame Houda OUBEJJA NEBAOUI
Professeur de chirurgie pédiatrique

*Je vous remercie Pr de m'avoir confié la réalisation de ce travail. Vous
avez toujours été disponible et attentive à tout moment.*

*Que ce travail soit l'expression de ma sincère reconnaissance
et gratitude pour votre sympathie votre collaboration.*

Qu'Allah vous rende tous vos bienfaits au centuple.

A Mon maître et juge de thèse

Professeur Tarik EL MADHI

Professeur de chirurgie pédiatrique

*Nous vous remercions chaleureusement pour le privilège
que vous nous avez accordé en siégeant parmi le jury de cette thèse.
Veuillez trouver ici cher maître les expressions les plus sincères et les
plus profondes de notre respect et gratitude.*

A mon maître et juge de thèse
Professeur Hicham ZERHOUNI
Professeur de chirurgie pédiatrique

Nous sommes très reconnaissants de l'honneur
que vous nous faites en acceptant de juger ce travail.
Notre gratitude est grande pour l'intérêt que vous avez montré
à l'encontre de notre travail.

A mon maître et juge de thèse

Professeur Mounir ERRAJI

Professeur de chirurgie pédiatrique

*Veillez recevoir cher maître l'expression de notre reconnaissance envers
l'honneur que vous nous faites de siéger parmi les membres de ce jury.*

*L'immense intérêt que vous portez à ce travail nous réjouit
grandement. Merci cher maître.*



Liste des illustrations

Liste des figures

Figure 1: Diagramme de flux représentant le nombre total des consultations et des accidents de la vie courante, hôpital d'enfants 2014.	10
Figure 2: Répartition des patients selon les tranches d'âge.	12
Figure 3: Répartition des patients selon les 4 tranches d'âge.	12
Figure 4: Répartition des patients selon le sexe.	13
Figure 5: Répartition des patients selon la provenance.	15
Figure 6: Répartition des patients selon la couverture médicale.	16
Figure 7: Représentation des accidents selon les jours de la semaine.	17
Figure 8: Répartition des accidents selon les mois de l'année	18
Figure 9: Répartition des accidents selon les saisons de l'année.	19
Figure 10: Répartition des accidents selon les circonstances.	19
Figure 11: Répartition des patients selon les lésions.	20
Figure 12: Répartition des patients selon la durée d'hospitalisation.	21
Figure 13: Répartition des patients selon le lieu d'hospitalisation.	22
Figure 14: Répartition des patients selon l'évolution.	22
Figure 15: Répartition des circonstances des accidents en fonction du sexe. ...	23
Figure 16: Répartition des circonstances des accidents en fonction des tranches d'âge.	24
Figure 17: Répartition des circonstances des accidents en fonction des saisons.	25
Figure 18: Répartition des chutes en fonction du mécanisme et de la hauteur..	26
Figure 19: Répartition des mécanismes des chutes en fonction du sexe.	27
Figure 20: Répartition des mécanismes de chutes en fonction des tranches d'âge.	28

Figure 21: Répartition des mécanismes des pincements	29
Figure 22: Répartition des mécanismes de pincements selon le sexe.	30
Figure 23: Répartition des mécanismes de pincements selon les tranches d'âge.	31
Figure 24: Les différents mécanismes des brûlures.....	32
Figure 25: Les produits responsables des brûlures.	33
Figure 26: Répartition des mécanismes des brûlures en fonction du sexe.	33
Figure 27: Répartition des mécanismes des brûlures en fonction des tranches d'âge.	34
Figure 28: Les autres circonstances d'accidents.	35
Figure 29: Répartition des lésions selon le sexe.	37
Figure 30: Répartition des lésions selon les tranches d'âge.	38
Figure 31: Répartition des traumatismes crâniens selon le sexe.	40
Figure 32: Répartition des traumatismes crâniens selon les tranches d'âge.	40
Figure 33: Répartition des traumatismes crâniens en fonction des circonstances de chutes.	41
Figure 34: Répartition des fractures selon le sexe.	43
Figure 35: Répartition des fractures selon les tranches d'âge.	43
Figure 36: Répartition des fractures en fonction des circonstances de chutes...	44
Figure 37: Répartition des doigts de porte selon le sexe.	45
Figure 38: Répartition des doigts de porte selon les tranches d'âge.....	46
Figure 39: Répartition des doigts de porte selon le mécanisme.	47
Figure 40: Traitement des doigts de porte.....	47
Figure 41: Répartition des brûlures selon le sexe.....	48
Figure 42: Répartition des brûlures selon les tranches d'âge.	49
Figure 43: Durée d'hospitalisation des patients brûlés.	50

Figure 44: Lieu d'hospitalisation des patients brûlés.....	50
Figure 45: Répartition des patients brûlés selon la surface corporelle atteinte.	51
Figure 46: Répartition des patients brûlés selon l'évolution.	52
Figure 47: Répartition des traumatismes bipolaires selon le sexe.	53
Figure 48: Répartition des traumatismes bipolaires selon les tranches d'âge.	54
Figure 49: Répartition des patients selon les mécanismes de chutes.	54
Figure 50: Répartition des autres lésions selon le sexe.	55
Figure 51: Répartition des autres lésions selon les tranches d'âge.	56
Figure 52: Calcul des surfaces corporelles brûlées. Les chiffres expriment des pourcentages de la surface corporelle totale [88].	99
Figure 53: Evaluation de la surface brûlée selon la table de Lund et Browder.	100

Liste des tableaux

Tableau 1: Effectif et pourcentage des patients en fonction les tranches d'âge.	11
Tableau 2: Répartition des patients selon la région de provenance.	14
Tableau 3: Répartition des lésions selon les saisons de l'année.	39
Tableau 4: Fréquence de l'atteinte des garçons en fonction des séries.....	85
Tableau 5: Score de Glasgow pédiatrique	92
Tableau 6: score de Glasgow pédiatrique (d'après Simpson & Reilly)	93
Tableau 7: score de Glasgow en fonction de l'âge	94

Liste des photos

Photo 1: TDM cérébrale révélant un trait de fracture temporo-pariétal sans autres lésions associées.

Photo 2: TDM cérébrale révélant un HED énorme avec effet de masse.

Photo 3: Vue peropératoire montrant l'hématome extradural qui est drainé, sans brèche méningée.

Photo 4: TDM cérébrale montrant un hématome extradural avec effet de masse.

Photo 5: Vue peropératoire d'un hématome extradural sans brèche méningée.

Photo 6-a: fracture du radius

Photo 6-b: après réduction

Photo 7-a: Fracture des 2 os de l'avant-bras de face et de profil

Photo 7-b: Fracture de l'avant-bras après embrochage

Photo 8-a: Fracture du fémur gauche.

Photo 8-b : Après réduction.

Photo 9: Vue peropératoire montrant une plaie du lit unguéal du médius droit.

Photo 10: Vue préopératoire montrant les lésions du 2ème, 3ème et 4ème doigts.

Photo 11-a: Plaies multiples de la main droite.

Photo 11-b: Aspect post-opératoire immédiat.

Photo 12: Vue peropératoire montrant la main coincée dans le hachoir.

Photo 13: Vue post-opératoire montrant un bourgeonnement du moignon d'amputation de la main.

Photo 14: aspect de brûlure de l'avant-bras.

Photo 15: aspect de brûlure de 2ème degré du visage, cou et parie supérieure du thorax.

Photo 16: Aspect de brûlure 2ème degrés profond et 3ème degrés.

Photo 17: Radiographie thoraco-abdominale montrant une opacité se projetant sur l'aire gastrique.

Photo 18: Vue peropératoire montrant la pile ingérée.

Photo 19: Vue peropératoire montrant la plaie de la petite lèvre droite.

Photo 20: a- Ecchymose au niveau de la FIG b- Eventration post-traumatique.

Photo 21: Radiographie du poumon de face montrant un emphysème sous-cutané sans épanchement pleural ni fracture de côtes.

Photo 22: TDM thoracique objectivant la contusion pulmonaire avec scissurite.

Liste des abréviations

AcVC	: Accident de la vie courante.
UCP	: Urgences chirurgicales pédiatriques.
HER	: Hôpital d'enfants de Rabat.
AMO	: Assurance maladie obligatoire.
ATCD	: Antécédents
TDM	: Tomodensitométrie
HED	: Hématome extradural
TC	: Traumatisme crânien



Sommaire

Introduction	1
Matériels et méthodes	4
Résultats	8
I. Caractéristiques générales :	10
1. Répartition selon l'âge :	11
2. Répartition selon les tranches d'âge :	11
3. Répartition selon le sexe :	13
4. Répartition selon la provenance :	13
5. Répartition selon la couverture médicale :	16
6. Répartition selon les jours de la semaine :	17
7. Répartition selon les mois et les saisons de l'année :	18
8. Répartition selon les circonstances :	19
9. Répartition selon les lésions :	20
10. Répartition selon la durée et du lieu d'hospitalisation :	21
11. Répartition selon l'évolution :	22
II. Caractéristiques des circonstances :	23
1. Généralités :	23
1.1. Répartition des circonstances en fonction du sexe :	23
1.2. Répartition des circonstances en fonction des groupes d'âge :	24
1.3. Répartition des circonstances en fonction des saisons:	25
2. Les chutes :	26
2.1. Mécanismes :	26
2.2. Répartition des circonstances de chutes en fonction du sexe :	27
2.3. Répartition des circonstances de chutes en fonction des tranches d'âge:	28
3. Les pincements :	29
3.1. Mécanismes :	29
3.2. Répartition des mécanismes des pincements selon le sexe :	30
3.3. Répartition des mécanismes des pincements selon les groupes d'âges :	31
4. Les brûlures :	32
4.1. Mécanismes :	32

4.2.	Répartition des mécanismes des brûlures en fonction du sexe :	33
4.3.	Répartition des mécanismes de brûlures en fonction des tranches d'âge :	34
5.	Les autres circonstances :	34
III.	Caractéristiques des lésions :	36
1.	Généralités :	36
1.1.	Répartition des lésions selon le sexe :	37
1.2.	Répartition des lésions selon les tranches d'âge :	38
1.3.	Répartition des lésions selon les saisons de l'année :	39
2.	Particularités des lésions :	39
2.1.	Les traumatismes crâniens :	39
2.2.	Les fractures :	42
2.3.	Les doigts de porte :	45
2.4.	Les brûlures :	48
2.5.	Les traumatismes bipolaires :	52
2.6.	Les autres lésions :	55
IV.	Observations médicales:	57
1.	Traumatismes crâniens:	57
2.	Les fractures:	63
3.	Les doigts de porte et plaies de la main:	67
4.	Les brûlures:	71
5.	Autres:	74
Discussion		80
I.	Population étudiée :	83
1.	Age et sexe des enfants :	83
1.1.	Age :	83
1.2.	Sexe :	84
2.	Répartition saisonnière :	86
II.	Circonstances et lésions:	87
1.	Les chutes:	87
2.	Les traumatismes crâniens:	89

3. Les fractures:.....	95
4. Les brûlures:.....	96
5. Les pincements et doigts de porte:	101
Conclusion	102
Résumés	105
Bibliographie	109



Introduction

L'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) définit l'accident comme étant: « Un événement indépendant de la volonté humaine provoqué par une force extérieure agissant rapidement et qui se manifeste par un dommage corporel et/ou mental. » [1, 17]

Les accidents sont répartis en trois types: [2]

Accidents de circulation.

Accidents de travail.

Accidents de la vie courante.

Un accident de la vie courante (AcVC) peut être considéré comme un traumatisme non intentionnel, qui n'est ni un accident de la circulation, ni un accident de travail [3]. Les AcVC sont répartis selon le lieu et l'activité : [4, 64]

- Les accidents domestiques, qui se produisent à la maison et dans son environnement immédiat : jardin, cour, garage, dépendances de l'exploitation agricole. On y inclut les accidents survenant sur le trottoir devant le domicile;
- Les accidents de sport extrascolaires;
- Les accidents de loisirs et pendant les vacances;
- Les accidents scolaires survenant dans les locaux scolaires (surtout les cours de récréation), pendant les activités physiques et sportives et sur le trajet de l'école.

Les AcVC sont très fréquents chez l'enfant. En effet, l'immaturation physique et psychique de cette catégorie de personnes augmente leur vulnérabilité aux différents accidents et leurs effets. En fonction du type d'accident observé chez

l'enfant, les lésions qui découlent peuvent nécessiter une prise en charge médicale, chirurgicale mais aussi multidisciplinaire. Dans cette étude, nous avons traité 1342 dossiers d'enfants relatifs aux AcVC admis au service des Urgences Chirurgicales Pédiatriques (UCP) de l'Hôpital d'Enfants de Rabat (HER) afin d'élucider les aspects épidémiologiques.



Matériels et méthodes

Il s'agit d'une étude rétrospective sur une durée d'un an allant du 1^{er} janvier 2014 au 31 décembre 2014 à l'Hôpital d'Enfants de Rabat, dans le service des Urgences Chirurgicales Pédiatriques. Elle porte sur 1342 dossiers d'enfants ayant été hospitalisés au service des UCP dont le motif d'hospitalisation était en rapport avec un AcVC nécessitant un avis ou une prise en charge chirurgicale.

Pour la collecte, nous avons recensé les dossiers archivés, analysé les fiches de staff, le cahier des consultations et le cahier des comptes rendus opératoires du service. Les dossiers retenus étaient ceux qui remplissaient les critères d'inclusion sous cités. Une fiche d'exploitation nous a permis de saisir les données sur Excel et de les analyser par SPSS 18.

- **Critères d'inclusion:**

- Enfants de moins de 16 ans.
- Hospitalisations en rapport avec un AcVC.
- Dossiers complets.
- Les AcVC (traumatismes crâniens et bipolaires, fractures, brûlures, doigts de porte et autres).

- **Critères de non inclusion:**

- Dossiers incomplets.
- Accidents de la voie publique.
- Les suicides et les agressions qui ne sont pas considérés comme des accidents.
- Pathologies viscérales.
- Les AcVC pris en charge par les urgences médicales (noyades, suffocations, intoxications et autres).

Fiche d'exploitation des AcVC :

Nom et prénom :

Numéro d'entrée :

Date d'admission : Mois : Jour de la semaine :

Saison : ☐ Printemps ☐ Eté ☐ Automne ☐ Hiver

Age : ***Tranche d'âge :*** ☐ 0-2 ans ☐ 2-6 ans ☐ >6 ans

Sexe : ☐ Féminin ☐ Masculin

Niveau socioéconomique :

☐ Sans couverture sociale ☐ Mutualiste

☐ RAMED ☐ Indéterminé

Provenance :

Circonstances de survenue :

1- Chute : ☐ Oui ☐ Non

Si oui, préciser : ☐ Hauteur variable ☐ Sa hauteur ☐ Escalier

☐ Mobilier ☐ Jouet-Puériculture

☐ Sport ☐ Autre

2- Brûlure : ☐ Oui ☐ Non

Si oui, préciser : ☐ Thé ☐ Café ☐ Eau bouillante

☐ Lait chaud ☐ Soupe ☐ Flamme ☐ Câble

Surface brûlée : ☐ <5% ☐ 6-10% ☐ 11-40% ☐ >40%

3- Pincement : ☐ Oui ☐ Non

Si oui, préciser : ☐ Porte ☐ Fenêtre ☐ Voiture

4- Autre :

A préciser.....

Lésions : ☐ Traumatisme crânien ☐ Fracture ☐ Brûlure
 ☐ Doigt de porte ☐ Traumatismes bipolaire
 ☐ Autres à préciser

Bilans : à préciser.....

Hospitalisation :

Lieu : ☐ Service ☐ Réanimation ☐ Chirurgie C

Durée : ☐ 24heures ☐ 24-72heures ☐ Plus de 72heures

Intervention chirurgicale ☐ Oui ☐ Non

Si oui, préciser.....

Evolution : ☐ Simple ☐ Complications ☐ Décès

Si complication préciser



Résultats

Nous avons recensé 28986 consultations durant l'année 2014 au service des urgences chirurgicales pédiatriques, 3424 hospitalisations toutes pathologies confondues, mais seulement 1342 dossiers retenus en rapport avec les accidents de la vie courante chez l'enfant et exploitables (exception faite des accidents de la voie publique, pathologies viscérales, sorties contre avis médical, fugues, dossiers vides, dossiers incomplets, dossiers non retrouvés aux archives).

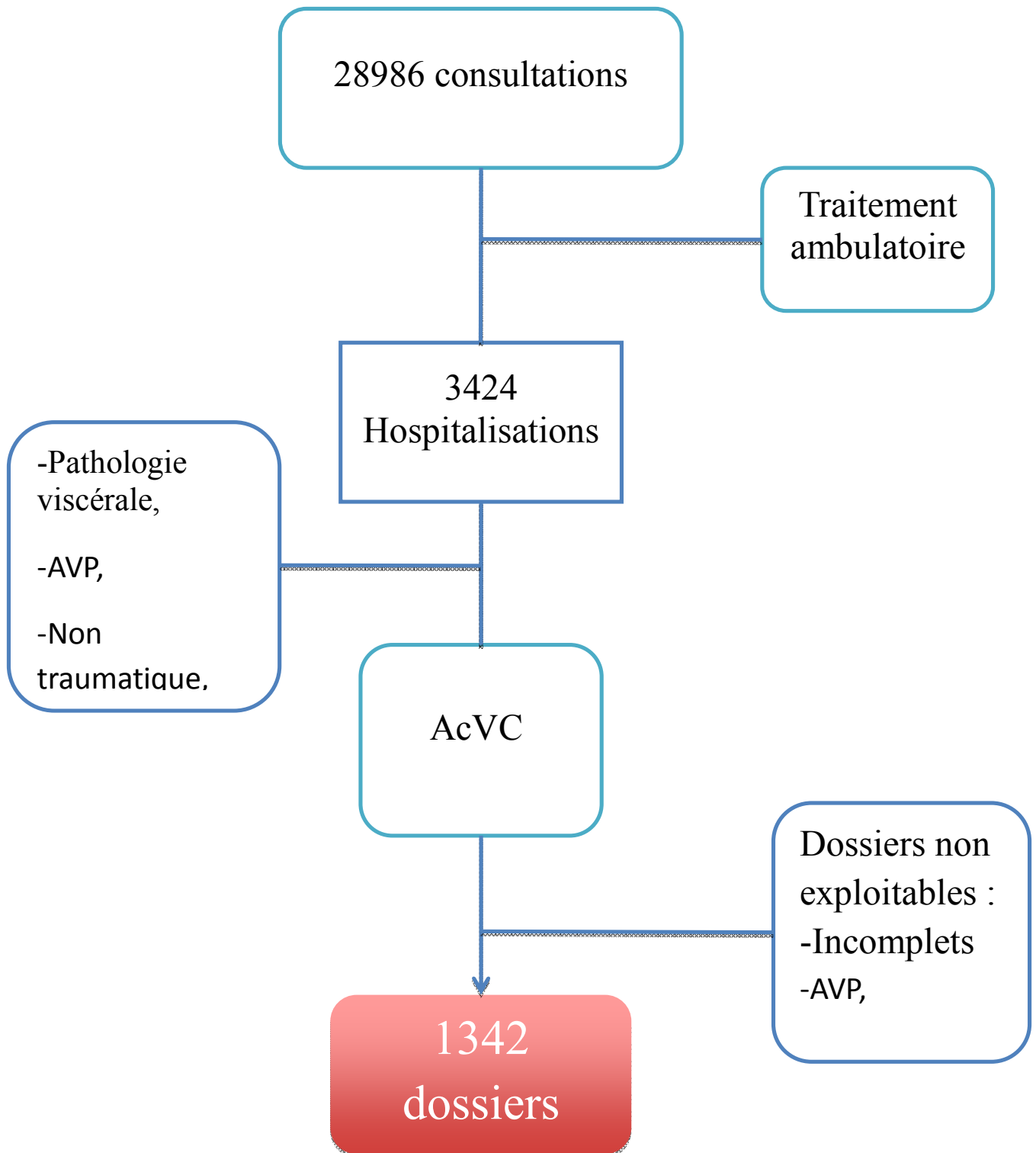


Figure 1: Diagramme de flux représentant le nombre total des consultations et des accidents de la vie courante, hôpital d'enfants 2014.

I. Caractéristiques générales :

1. Répartition selon l'âge :

L'âge minimal dans la série était de 2 mois; l'âge maximal, 16 ans. La médiane d'âge était de 7 ans, avec des intervalles interquartiles de 3 ans et 12 ans : [7 ans (3; 12)].

2. Répartition selon les tranches d'âge :

Nous avons réparti les patients selon 3 groupes d'âges :

- Le groupe des nouveaux nés et nourrissons: 0-2 ans ;
- Le groupe des enfants d'âge préscolaire: >2 ans et ≤ 6 ans ;
- Le groupe des enfants d'âge scolaire: > 6 ans et ≤ 16 ans.

Tableau 1: Effectif et pourcentage des patients en fonction les tranches d'âge.

Tranche d'âge	Effectif	Pourcentage %
Nourrissons 0-2ans	331	24,7
Age préscolaire 2-6ans	328	24,4
Age scolaire +6ans	683	50,9

Les nourrissons représentaient 331 patients pour un pourcentage de 24,7% ; les enfants d'âge préscolaire 328 soit un pourcentage de 24,4% et les enfants d'âge scolaire 683 pour un pourcentage de 50,9%.

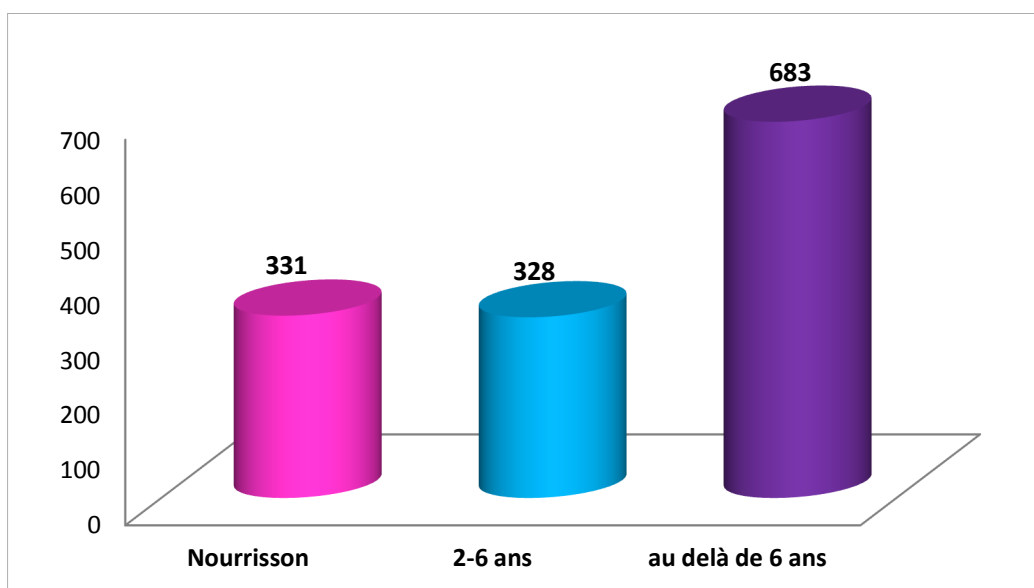


Figure 2: Répartition des patients selon les tranches d'âge.

Afin de ressortir les adolescents, nous avons effectué une autre répartition les incluant et cela nous a permis d'observer:

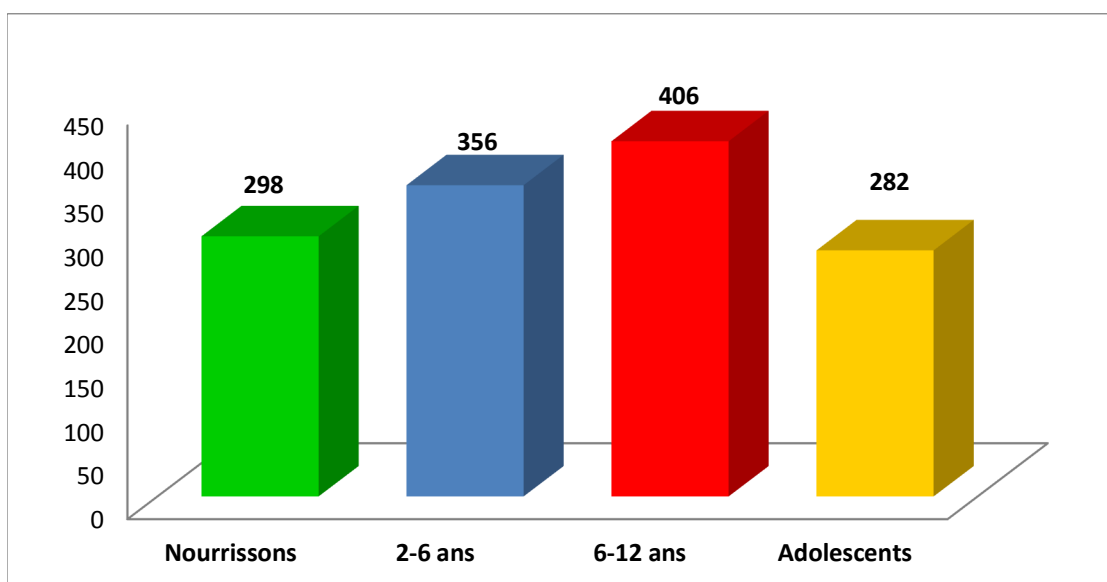


Figure 3: Répartition des patients selon les 4 tranches d'âge.

3. Répartition selon le sexe :

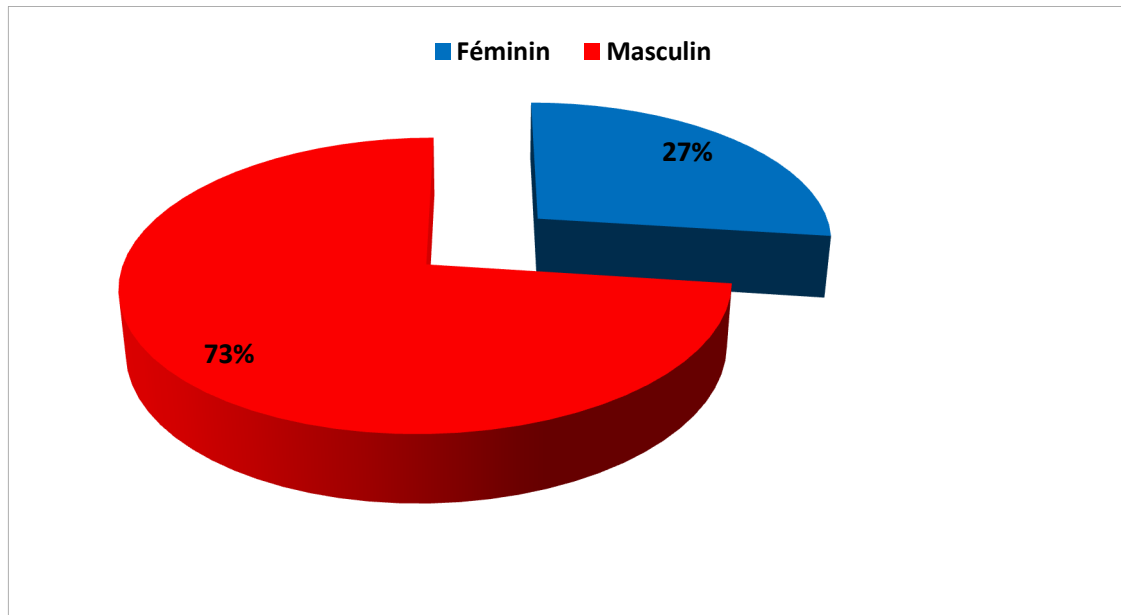


Figure 4: Répartition des patients selon le sexe.

On note une nette prédominance masculine. L'effectif total des enfants de sexe masculin était de 979 et celui des enfants de sexe féminin de 363 donnant un sex-ratio de 2,69.

4. Répartition selon la provenance :

De toutes les 12 régions du Maroc selon la dernière répartition du ministère de l'intérieur, nous avons reçu des patients venant de 9 régions. Ils provenaient majoritairement de la région de Rabat-Salé-Kénitra.

Tableau 2: Répartition des patients selon la région de provenance.

Régions	Effectifs
Région de Tanger-Tétouan-Al Hoceima	12
Région de l'Oriental	7
Région de Fès-Meknès	3
Région de Rabat-Salé-Kénitra	933
Région de Benni Mellal-Khénifra	4
Région de Grand Casablanca-Settat	38
Région de Marrakech-Safi	6
Région de Darâa-Tafilalet	1
Région de Souss-Massa	2
Région de Guelmim-Oued Noun	0
Région de Laâyoune-Saguia El Hamra	0
Région de Dakhla-Oued-Eddahab	0

La région de Rabat-Salé-Kénitra compte 8 préfectures et provinces à savoir :

- Rabat: 277 patients
- Salé: 358 patients
- Skhirat: 31 patients
- Témara : 153 patients
- Kénitra : 17 patients
- Khemisset : 86 patients
- Sidi Kacem : 8 patients
- Sidi Slimane : 3 patients

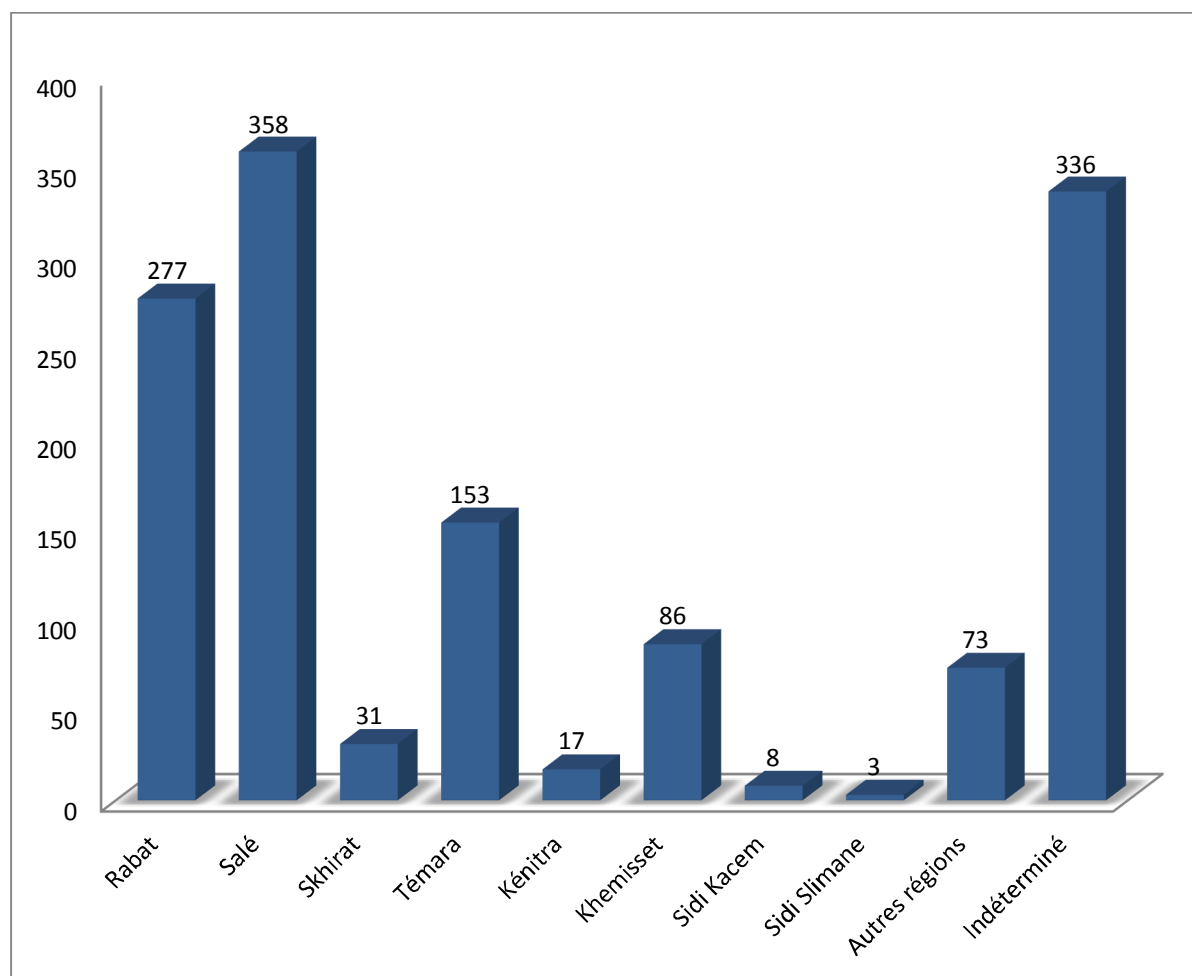


Figure 5: Répartition des patients selon la provenance.

5. Répartition selon la couverture médicale :

La majeure partie des patients que nous avons reçus n'avait aucune couverture médicale. Les patients sous Ramed représentaient 17%. Ceux ayant une AMO, assurance maladie obligatoire (mutuelle des FAR, KNOPS, CNSS) représentaient 12%. A noter que pour 47% des patients, nous n'avons pas eu de renseignements sur leur couverture médicale.

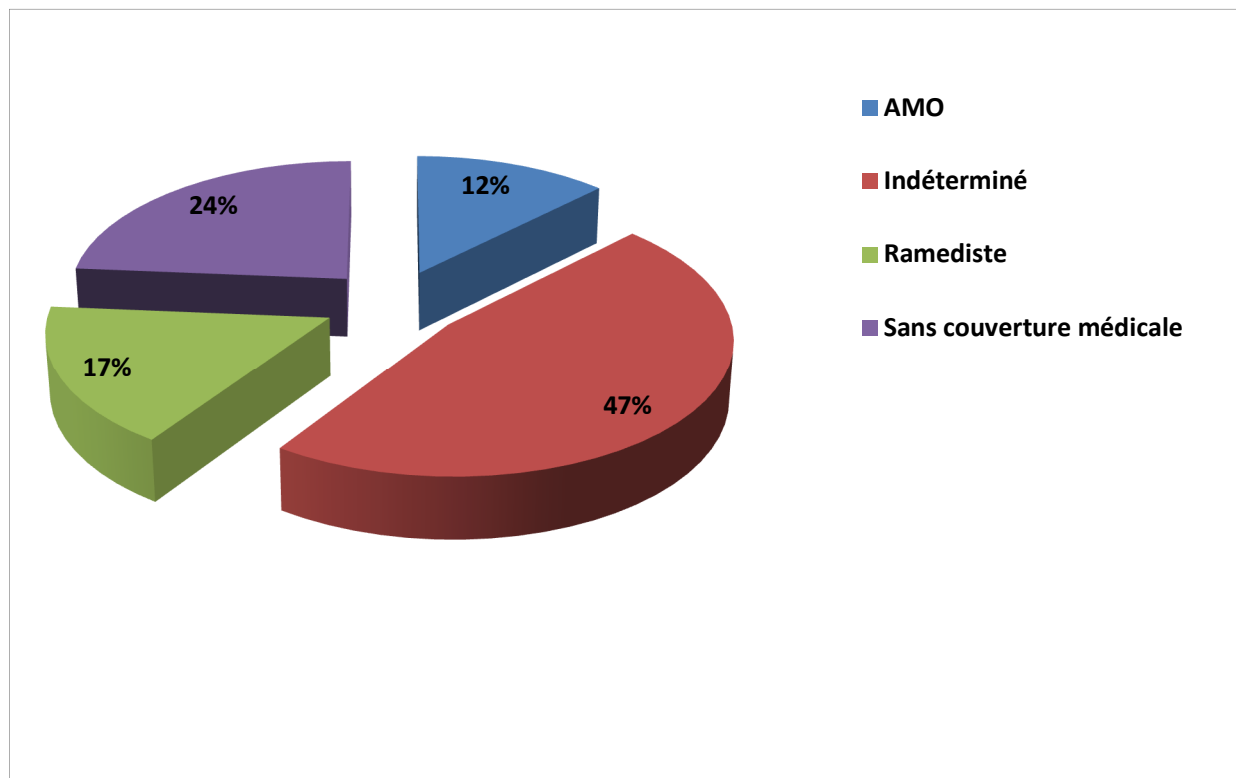


Figure 6: Répartition des patients selon la couverture médicale.

6. Répartition selon les jours de la semaine :

Nous avons noté beaucoup plus d'accidents en fin et en début de semaine.

Le Vendredi et Dimanche ont eu les plus grands pourcentages, avec respectivement 16,5% et 16,2%. Les autres variaient entre 11,8% et 14,5%.

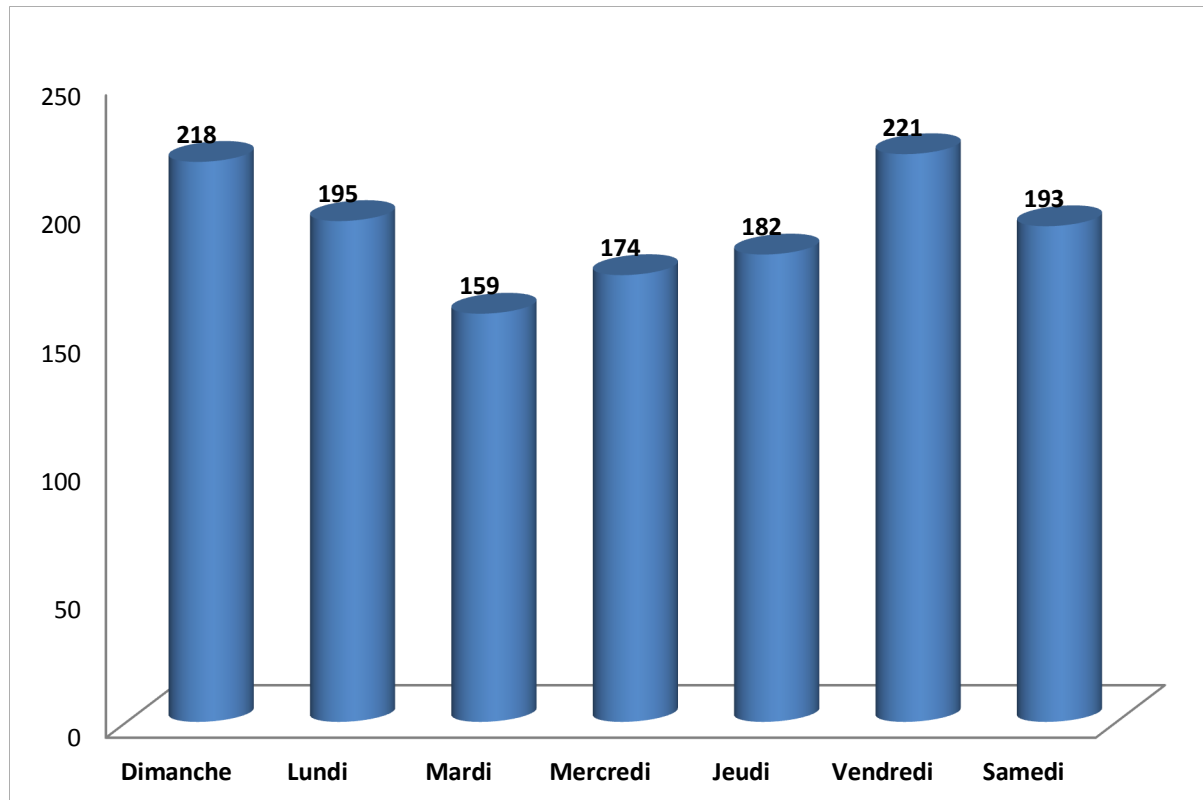


Figure 7: Représentation des accidents selon les jours de la semaine.

7. Répartition selon les mois et les saisons de l'année :

On note une plus grande fréquence des accidents pendant les mois de Mai (8,9%), Juin (9,8%), Juillet (8,8%), et surtout Août (12%), Septembre (10,3%) et Octobre (10,5%). Les autres variaient entre 5,4% et 7,5%.

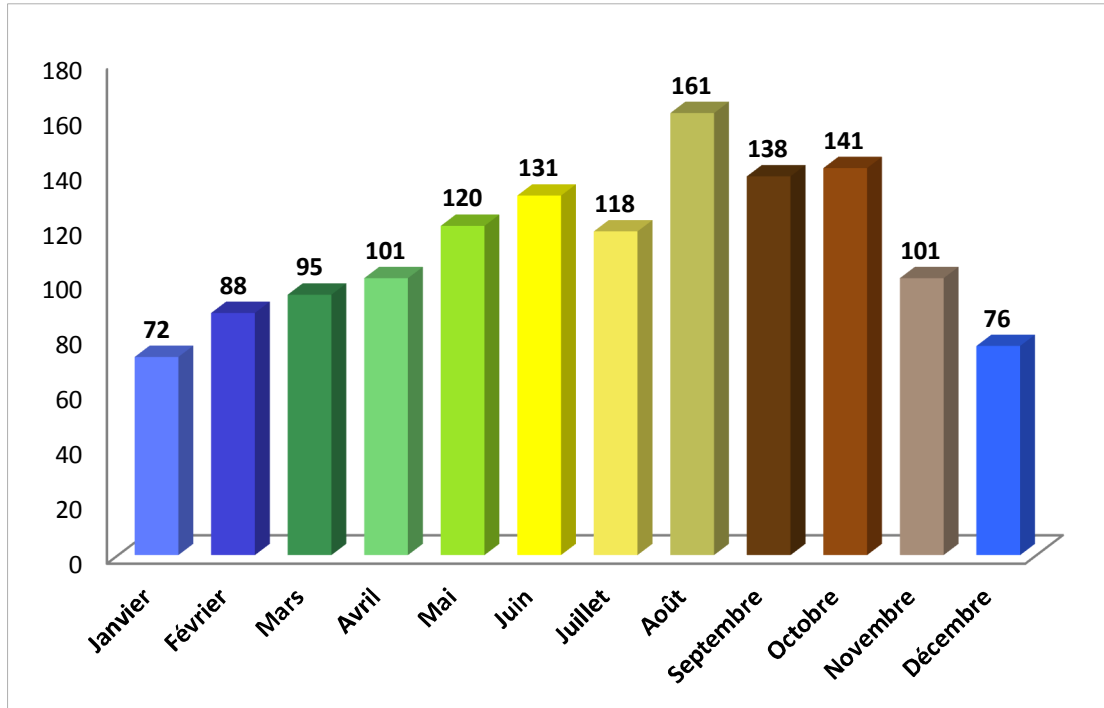


Figure 8: Répartition des accidents selon les mois de l'année

Concernant les saisons de l'année, nous avons observé une plus forte recrudescence des accidents pendant l'été avec un pourcentage de 31% suivi du printemps avec un pourcentage de 26% puis l'automne 25% et enfin l'hiver avec 18 % des accidents.

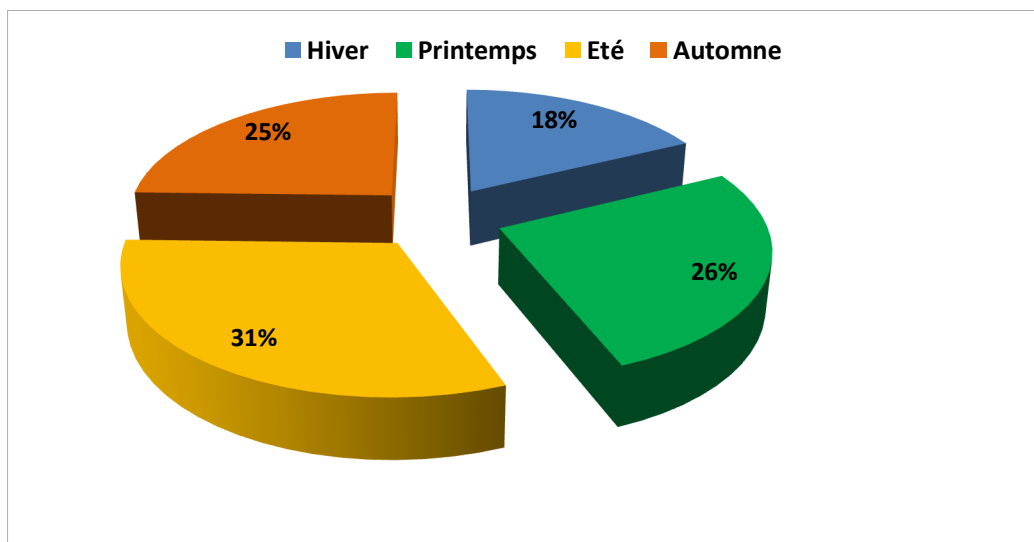


Figure 9: Répartition des accidents selon les saisons de l'année.

8. Répartition selon les circonstances :

Avec un pourcentage de 71% les chutes représentaient la circonstance majeure des accidents. Les autres variaient de 7% à 15% et concernaient les chutes d'objets, les brûlures, les pincements et d'autres circonstances diverses.

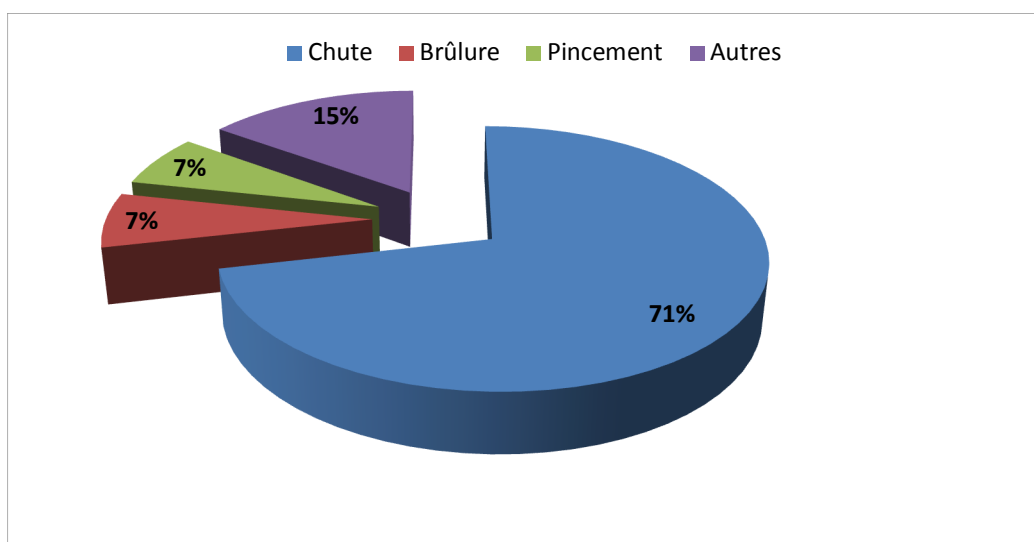


Figure 10: Répartition des accidents selon les circonstances.

9. Répartition selon les lésions :

Les fractures représentaient le motif principal d'hospitalisation avec un total de 550 patients pour un pourcentage de 41%. Ensuite, les traumatismes crâniens avec un total de 386 patients et un pourcentage de 28,8%. Puis nous avons les traumatismes bipolaires qui représentaient 116 patients soit 8,6%; les brûlures avec 93 patients soit 6,9%; les doigts de porte avec 89 patients soit 6,6% et enfin les autres lésions qui représentaient 107 patients pour un pourcentage de 8%. Ces autres lésions comprennent les plaies des organes génitaux externes et du périnée (2,1%), les plaies des membres (3%), les plaies et contusions thoraco abdominales (2,5%) et enfin les corps étrangers (0,4%).

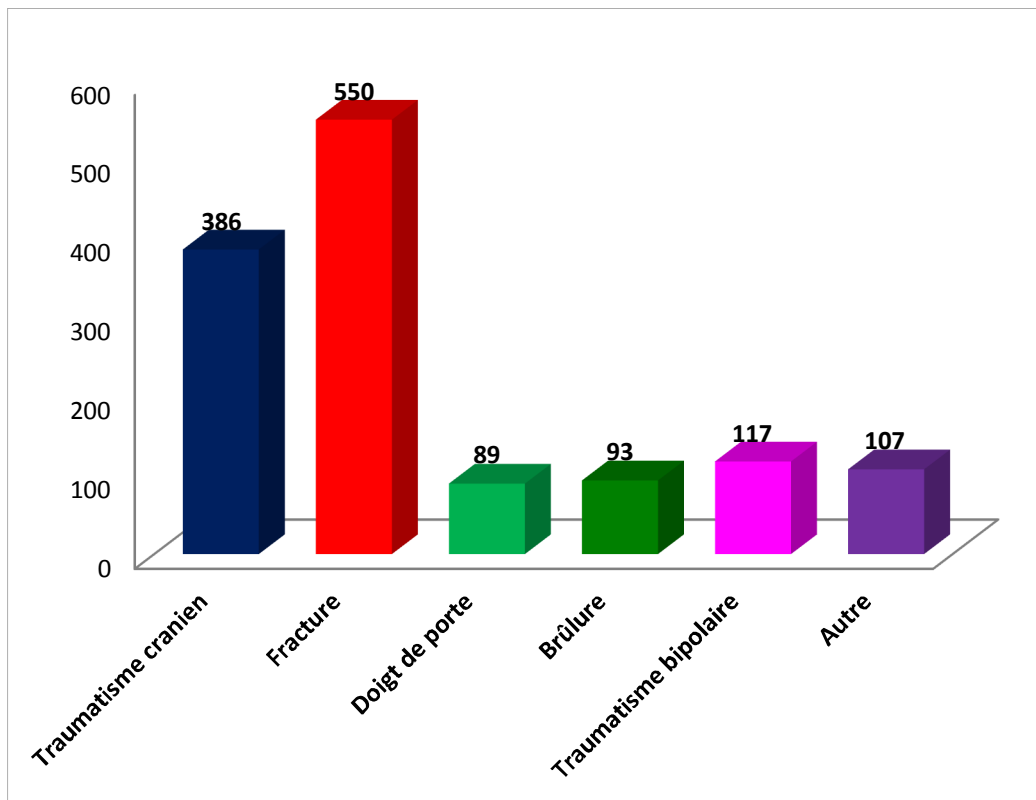


Figure 11: Répartition des patients selon les lésions.

10. Répartition selon la durée et du lieu d'hospitalisation :

Nous avons réparti les patients en fonction de la durée d'hospitalisation en 3 groupes :

Durée d'hospitalisation ≤ 24 heures (920 patients);

Durée d'hospitalisation entre 24 heures et 72 heures (283 patients);

Durée d'hospitalisation > 72 heures (139 patients).

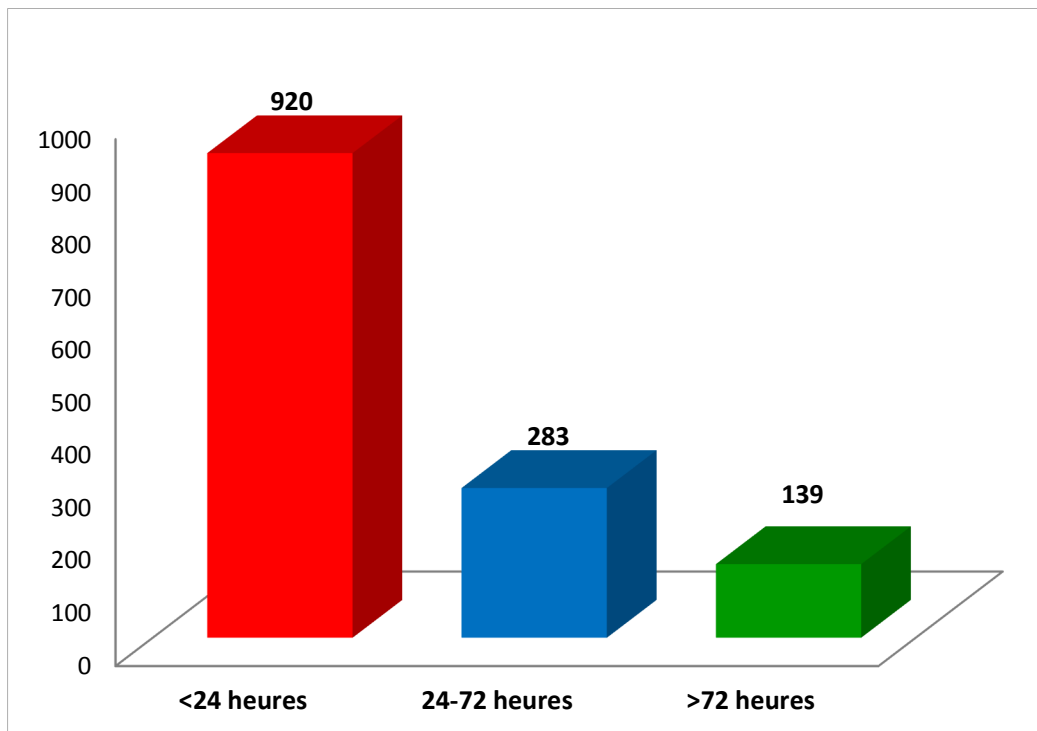


Figure 12: Répartition des patients selon la durée d'hospitalisation.

La majorité des patients étaient hospitalisés au sein du service des urgences chirurgicales pédiatriques (1237 patients) mais certains ont bénéficié d'un séjour en réanimation (25 patients) ou dans le service de chirurgie C (80 patients) en fonction des lésions causales.

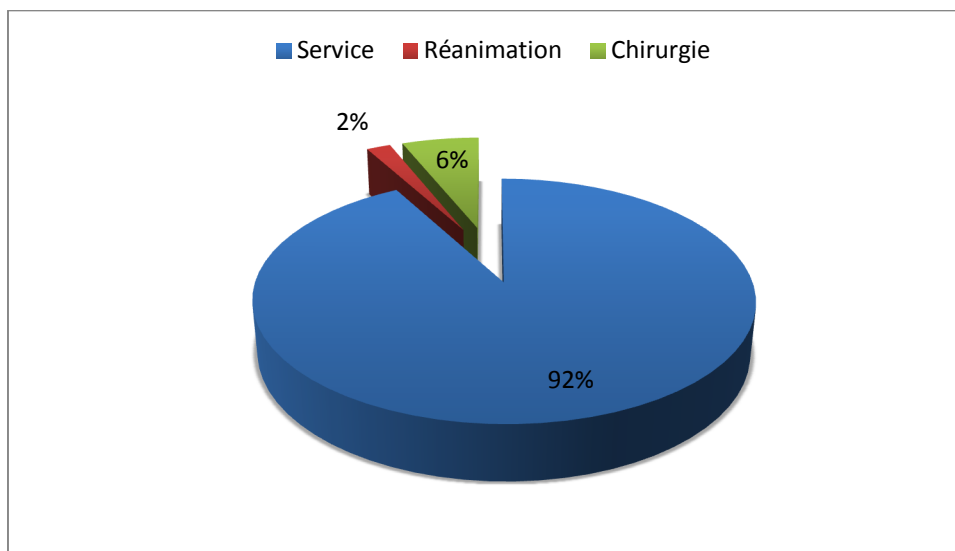


Figure 13: Répartition des patients selon le lieu d'hospitalisation.

11. Répartition selon l'évolution :

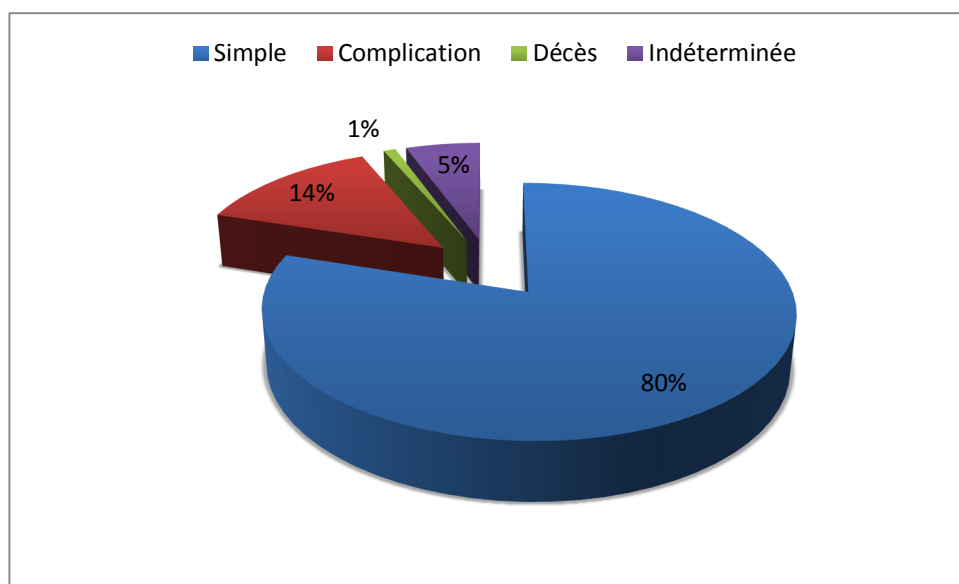


Figure 14: Répartition des patients selon l'évolution.

Nous avons noté un total de 1072 patients avec une évolution simple contre 183 patients chez qui l'évolution a été marquée par une complication et nous avons déploré 12 décès au total. Notons que l'évolution a été imprécise chez 75 patients.

II. Caractéristiques des circonstances :

1. Généralités :

1.1. Répartition des circonstances en fonction du sexe :

Chez les garçons, les chutes représentaient la principale circonstance avec 71,7% de toutes les circonstances. Ensuite il y a les autres circonstances à hauteur de 17,4%, puis les brûlures 5,7% et les pincements 5,2%.

Chez les filles la première circonstance était également représentée par les chutes avec 70,8% suivi des pincements 10,5%, les brûlures 10,2% et les autres circonstances pour une valeur de 8,5%.

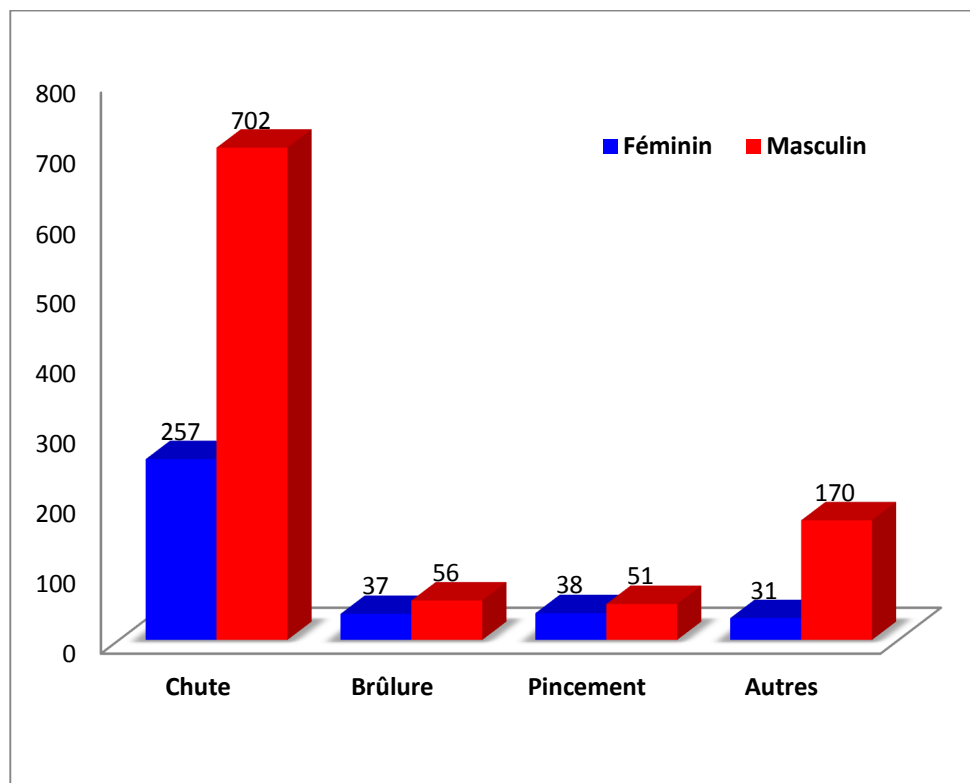


Figure 15: Répartition des circonstances des accidents en fonction du sexe.

1.2. Répartition des circonstances en fonction des groupes d'âge :

Dans toutes les tranches d'âge, les chutes représentaient la principale circonstance. Chez les nourrissons, la deuxième circonstance était la brûlure avec 17,2% suivie par le pincement 15,1% et les autres circonstances 2,7% tandis que chez les enfants de 2-6 ans, les chutes étaient suivies par les autres circonstances 9,8% puis les pincements 8,5% et les brûlures 6,4%. Au-delà de 6 ans, il y avait les autres circonstances puis les brûlures et enfin les pincements avec respectivement 23,4%, 2,2%, 1,6%.

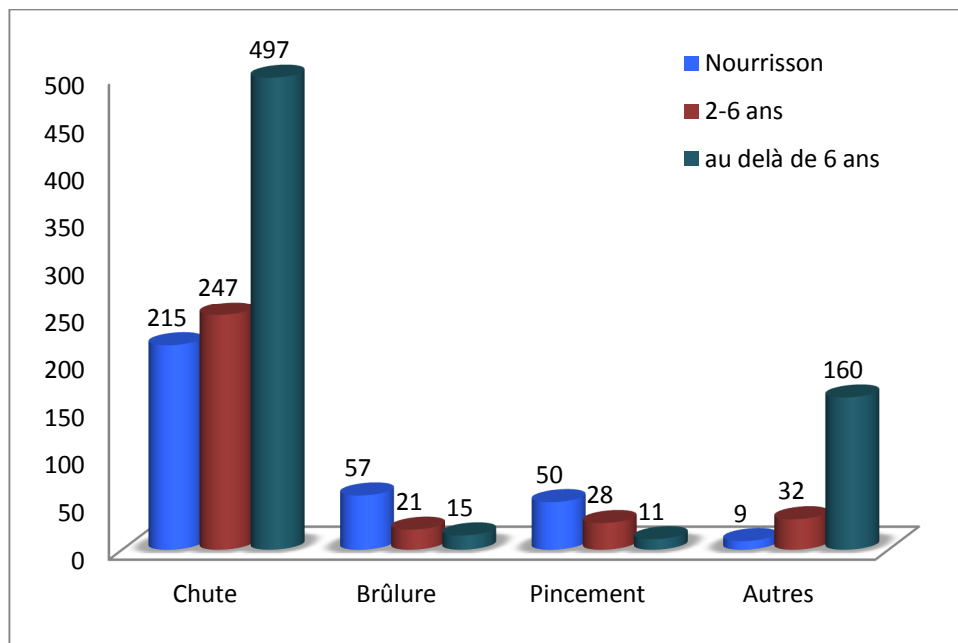


Figure 16: Répartition des circonstances des accidents en fonction des tranches d'âge.

1.3. Répartition des circonstances en fonction des saisons:

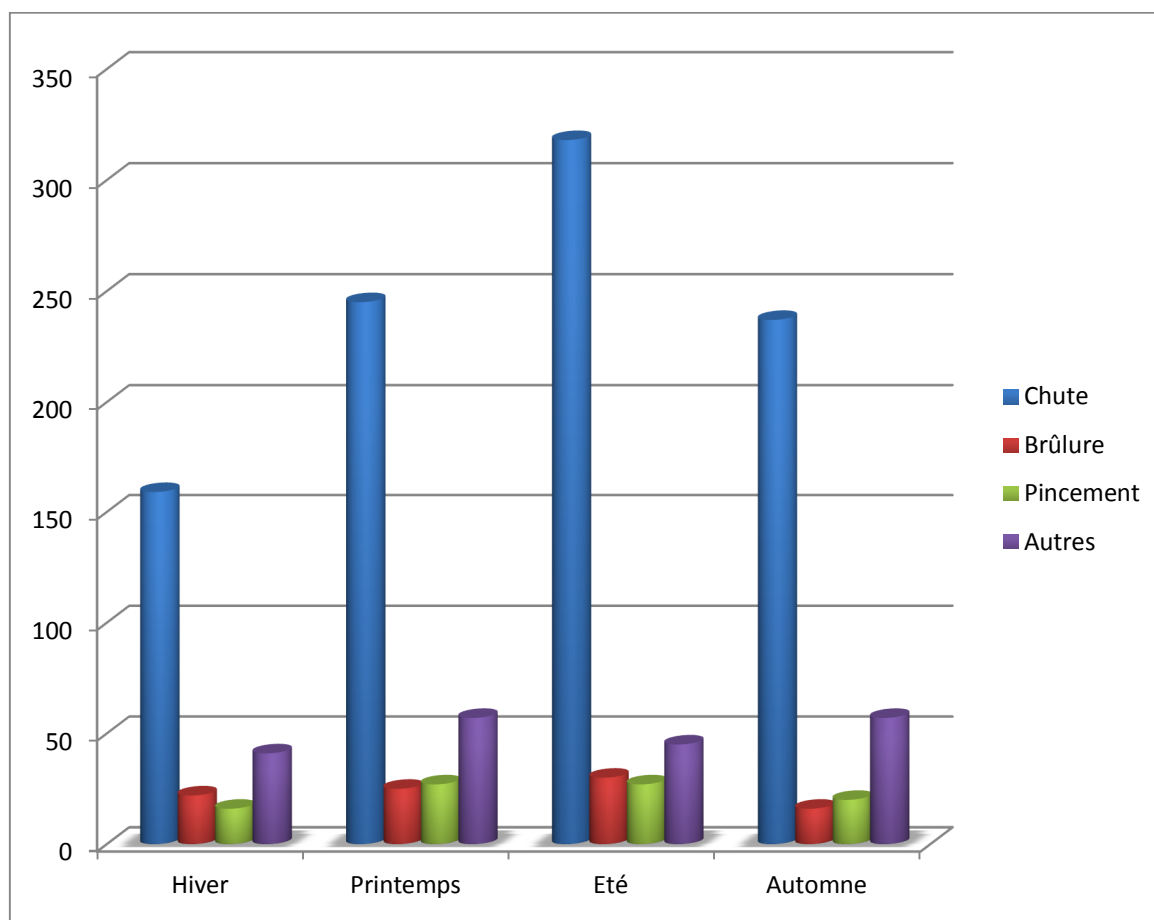


Figure 17: Répartition des circonstances des accidents en fonction des saisons.

2. Les chutes :

2.1. Mécanismes :

Les chutes représentaient 71% de l'ensemble des circonstances soit 959 cas. C'était donc de loin la première circonstance de survenue des AcVC. Pour plus de détails sur les chutes, nous les avons réparties en 7 groupes selon les renseignements que nous avons sur la hauteur et les mécanismes de ces dernières. On peut donc dénombrer les chutes d'une hauteur variable imprécise qui représentaient 418 cas; les chutes de sa hauteur au nombre de 227; les chutes d'escaliers qui faisaient 73 cas, les chutes d'un mobilier au nombre de 26; les chutes de jouets et puériculture au nombre de 21; les chutes de sport au nombre de 25; les autres types de chutes au nombre de 42.

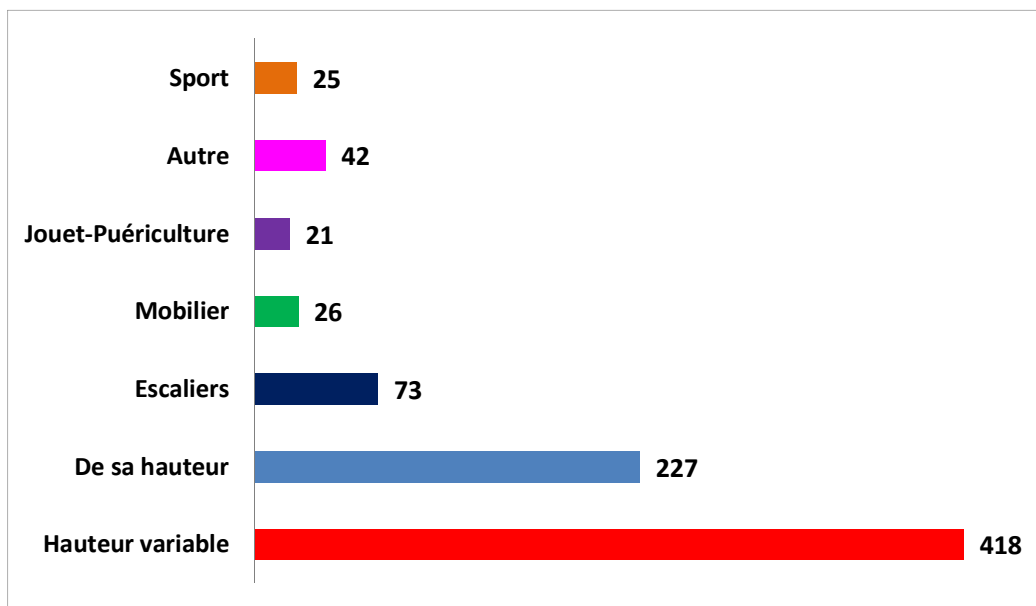


Figure 18: Répartition des chutes en fonction du mécanisme et de la hauteur.

2.2. Répartition des circonstances de chutes en fonction du sexe :

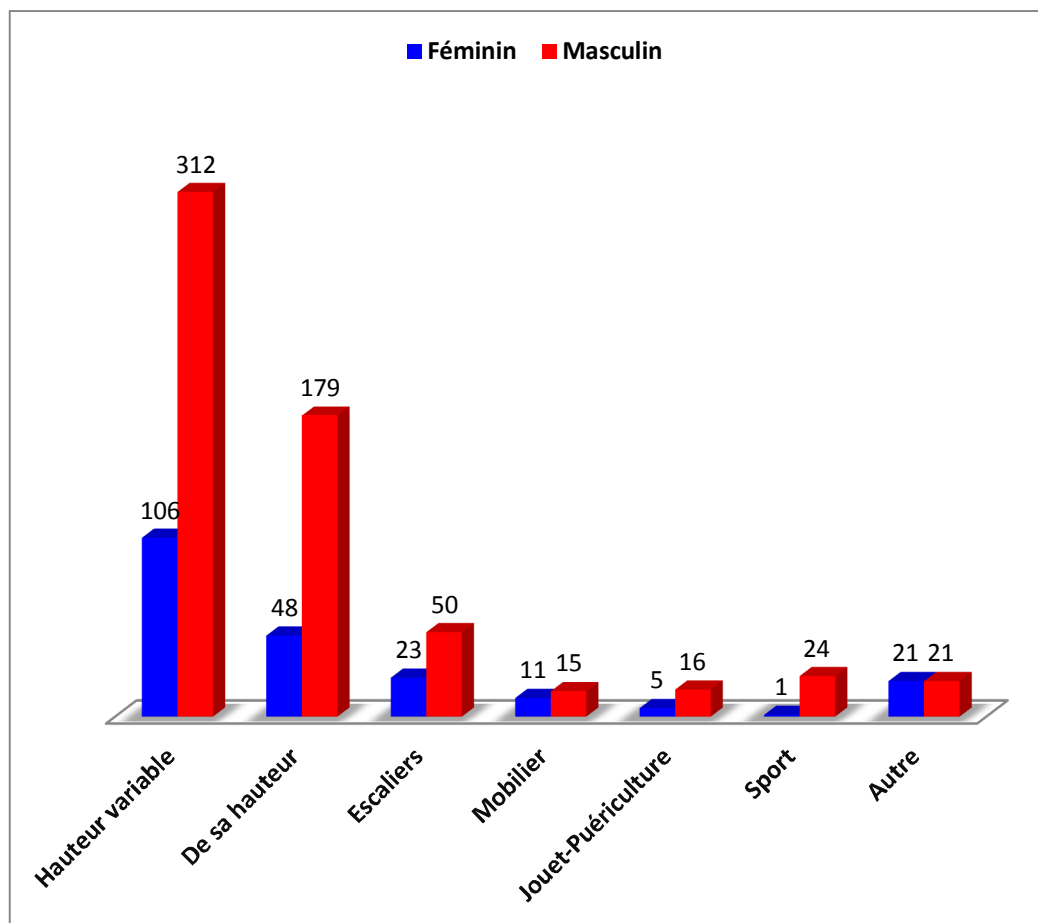


Figure 19: Répartition des mécanismes des chutes en fonction du sexe.

Les garçons dominaient dans tous les mécanismes de chutes sauf dans les autres circonstances (chute à califourchon sur objets contendants, chutes des suites de convulsions) où les données s'équivalaient.

2.3. Répartition des circonstances de chutes en fonction des tranches d'âge:

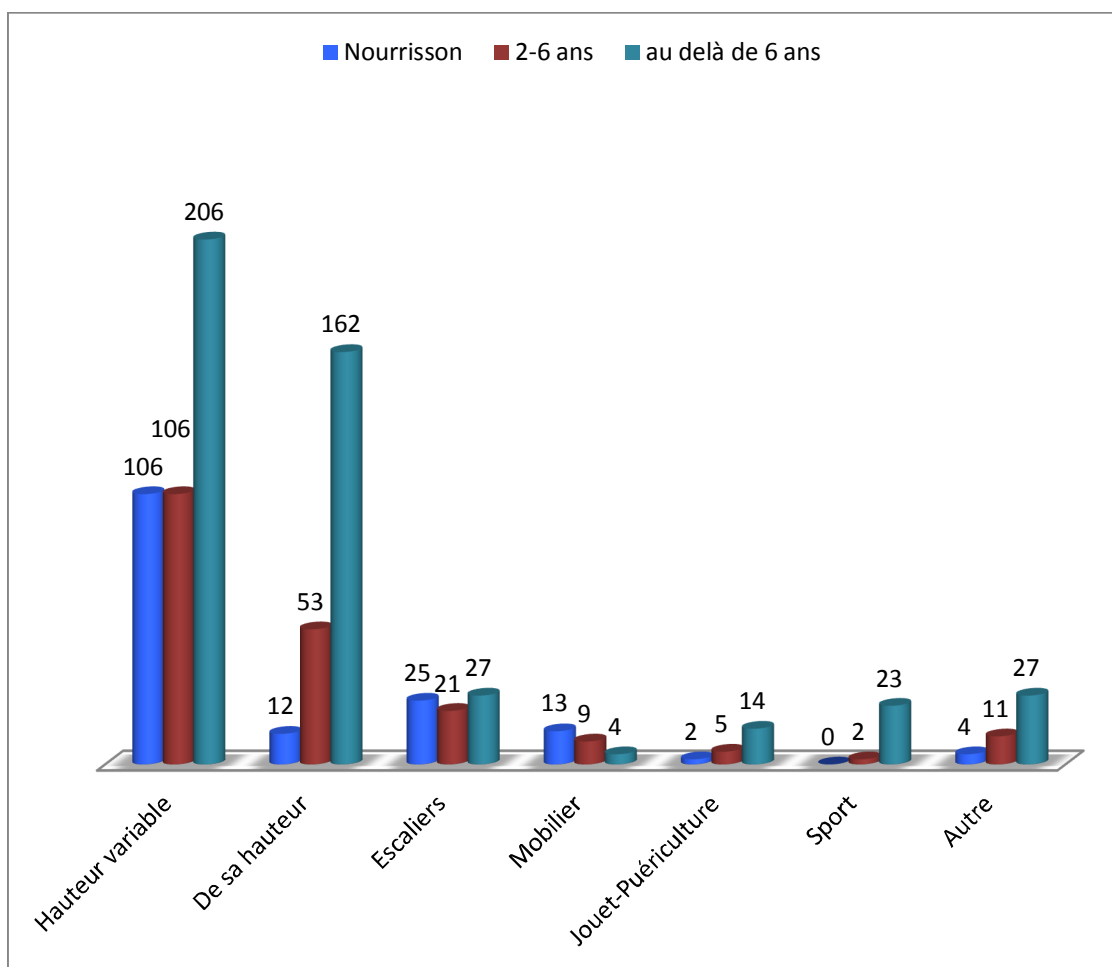


Figure 20: Répartition des mécanismes de chutes en fonction des tranches d'âge.

3. Les pincements :

3.1. Mécanismes :

Nous avons en tout 90 patients concernés par la circonstance de pincement ayant occasionné 89 doigts de portes et une fracture. Les pincements étaient occasionnés par des portes de maisons dans la majorité des cas (66 patients), les voitures (7 patients), les fenêtres (3 patients) et 14 dossiers de patients n'étaient pas renseignés sur le mécanisme de pincement.

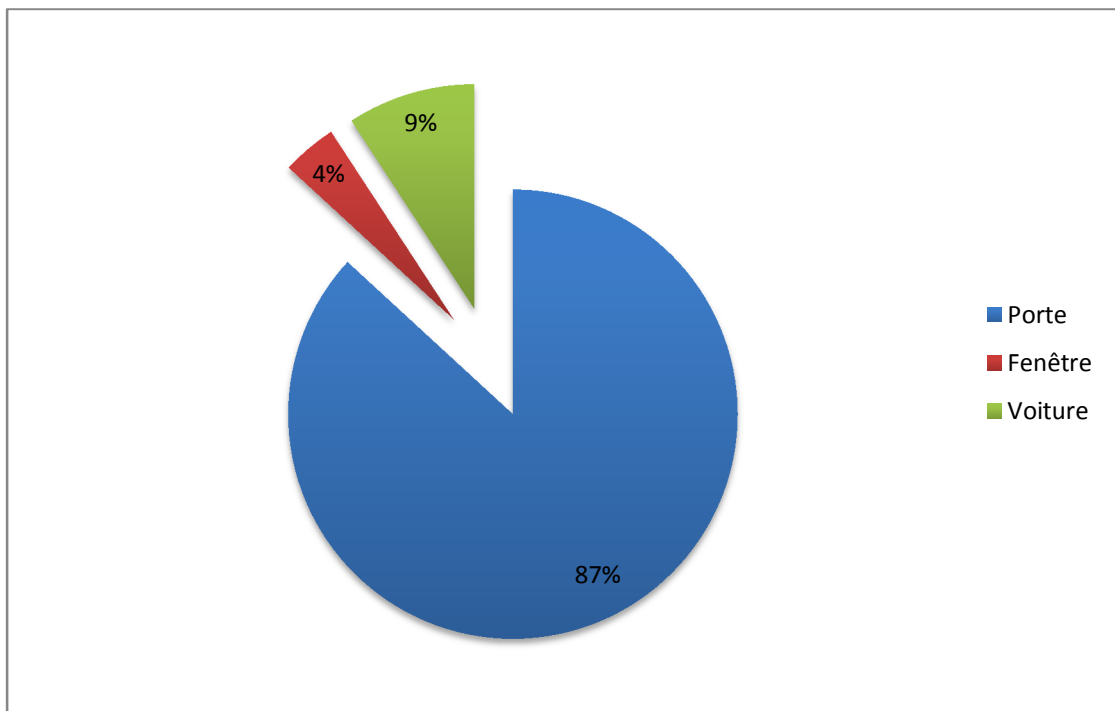


Figure 21: Répartition des mécanismes des pincements

3.2. Répartition des mécanismes des pincements selon le sexe :

Dans tous les mécanismes des pincements, les garçons étaient majoritairement représentés.

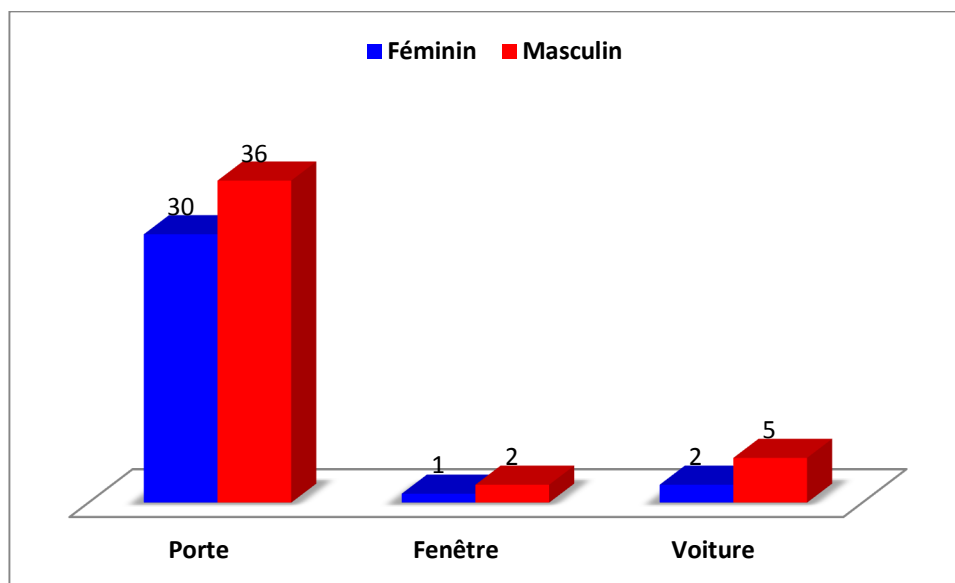


Figure 22: Répartition des mécanismes de pincements selon le sexe.

3.3. Répartition des mécanismes des pincements selon les groupes d'âges :

Dans toutes les tranches d'âges, le mécanisme de pincement dominant est la porte. Chez les enfants de 2 à 6 ans il y a ensuite la fenêtre tandis que chez les plus grands la voiture représente la deuxième cause des pincements.

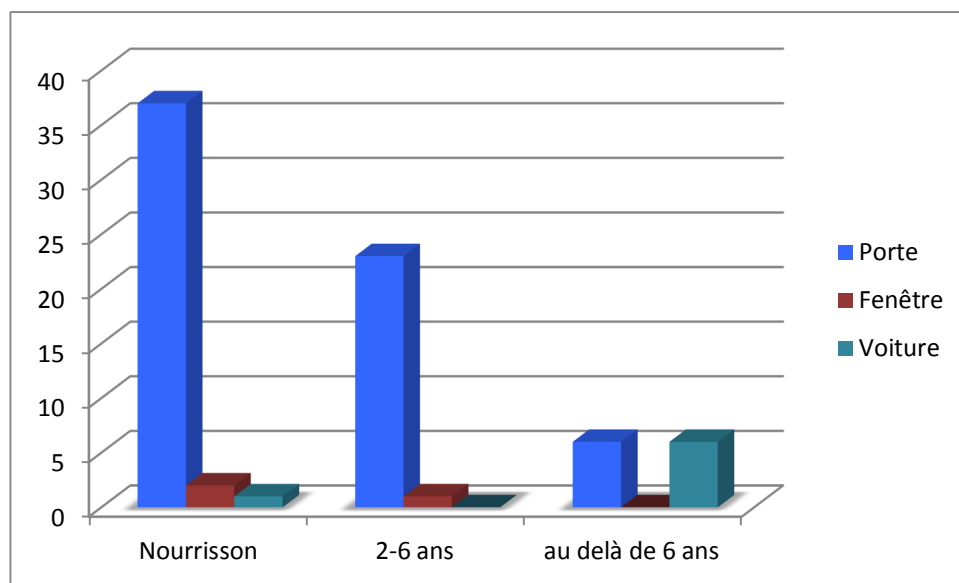


Figure 23: Répartition des mécanismes de pincements selon les tranches d'âge.

4. Les brûlures :

4.1. Mécanismes :

Nous avons reçu 93 patients victimes de brûlures. Ces brûlures étaient occasionnées soit par des agents liquides, des flammes ou des câbles électriques avec respectivement des pourcentages de 82,8%; 12,9% et 4,3%.

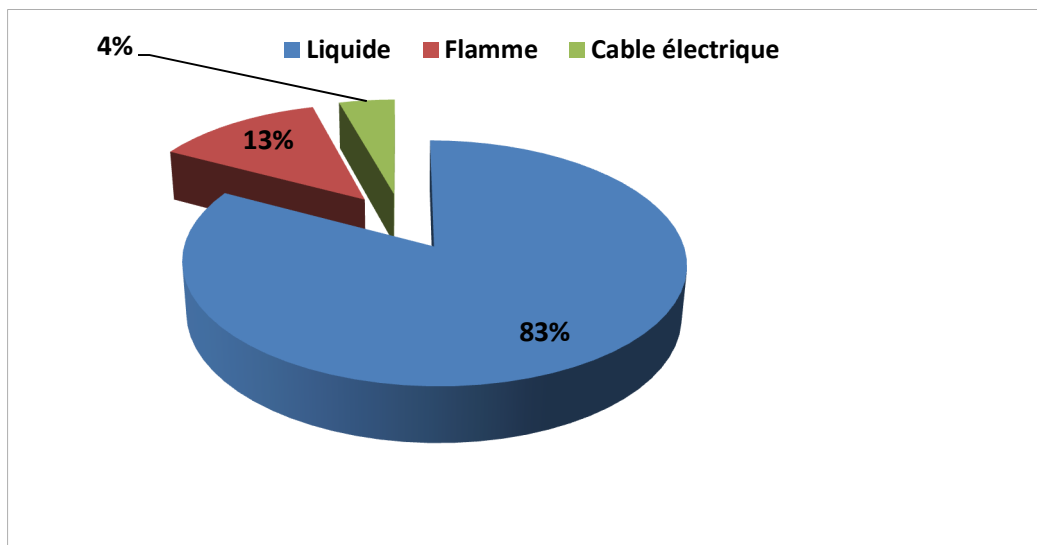


Figure 24: Les différents mécanismes des brûlures.

En fonction des produits en cause, on distingue les brûlures par le thé, le café, l'eau bouillante, le lait chaud, la soupe, la flamme et l'électricité.

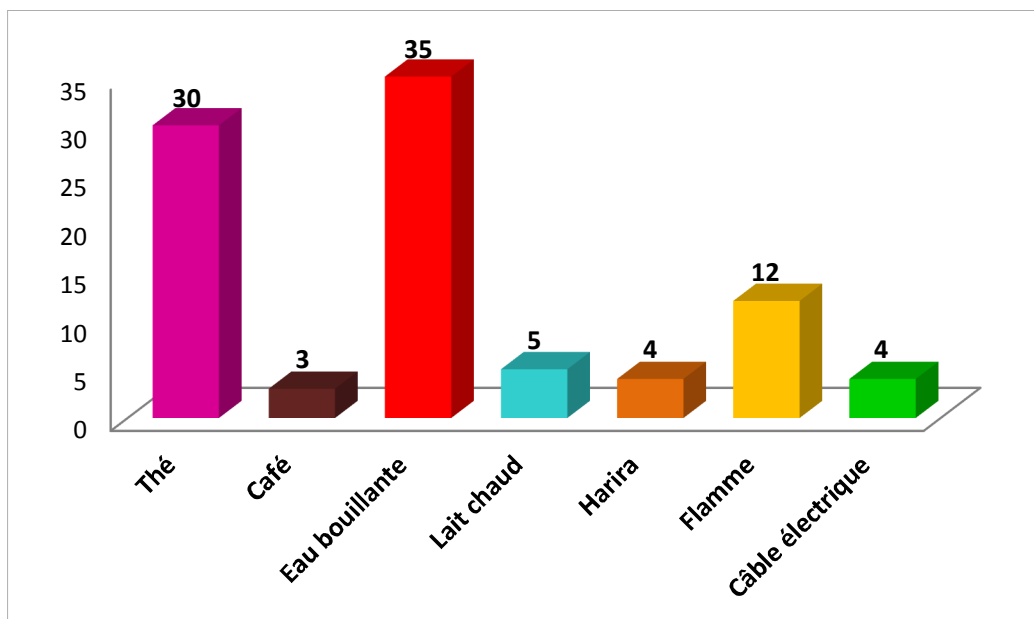


Figure 25: Les produits responsables des brûlures.

4.2. Répartition des mécanismes des brûlures en fonction du sexe :

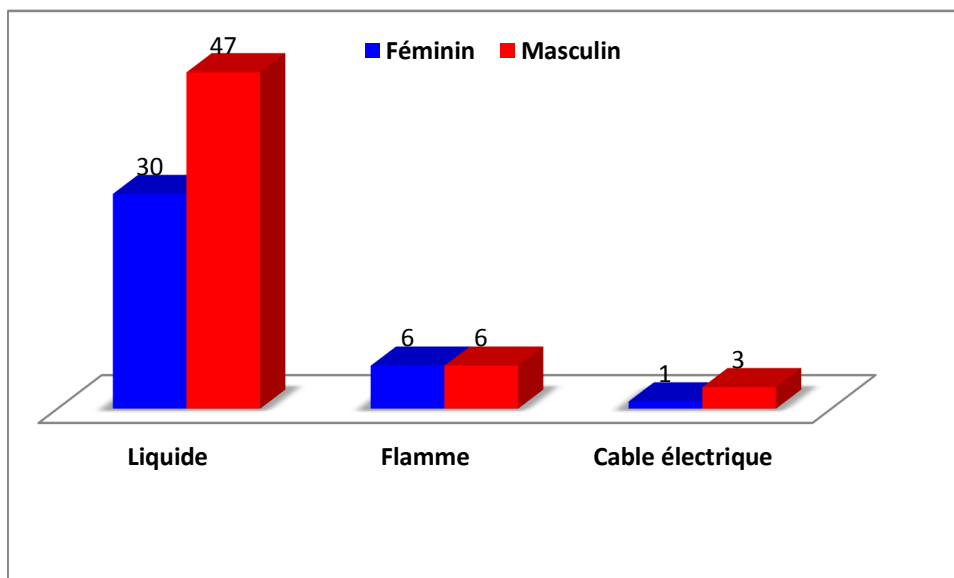


Figure 26: Répartition des mécanismes des brûlures en fonction du sexe.

4.3. Répartition des mécanismes de brûlures en fonction des tranches d'âge :

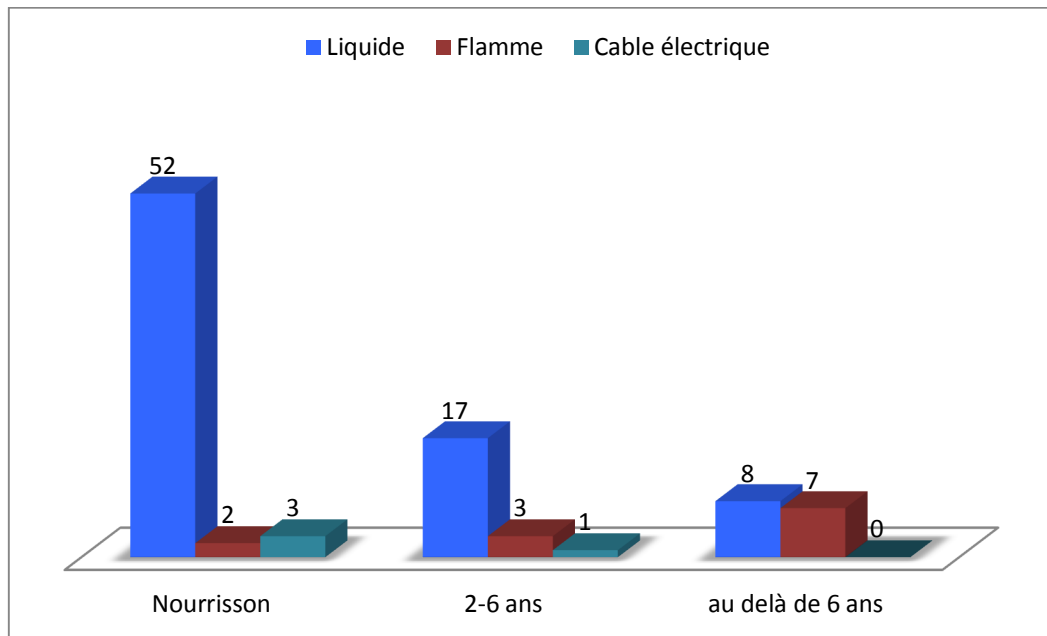


Figure 27: Répartition des mécanismes des brûlures en fonction des tranches d'âge.

5. Les autres circonstances :

Hors mis les circonstances en rapport avec les chutes, les pincements et les brûlures qui étaient majoritaires, nous avons regroupé les autres circonstances dans ce chapitre. Il s'agit alors :

- Les chutes d'objets: 9 cas ;
- Les corps étrangers: 5 cas ;
- Les morsures de chiens: 1 cas ;
- Les coups de sabots: 12 cas ;
- Les accidents divers pendant la pratique de sport: 71 cas ;

- Les plaies ou contusions par objets tranchants ou contendants: 45 cas ;
- Les coups de poings : 7 cas;
- Les coups de pieds ; 9 cas;
- Les coups de pierres; 6 cas.

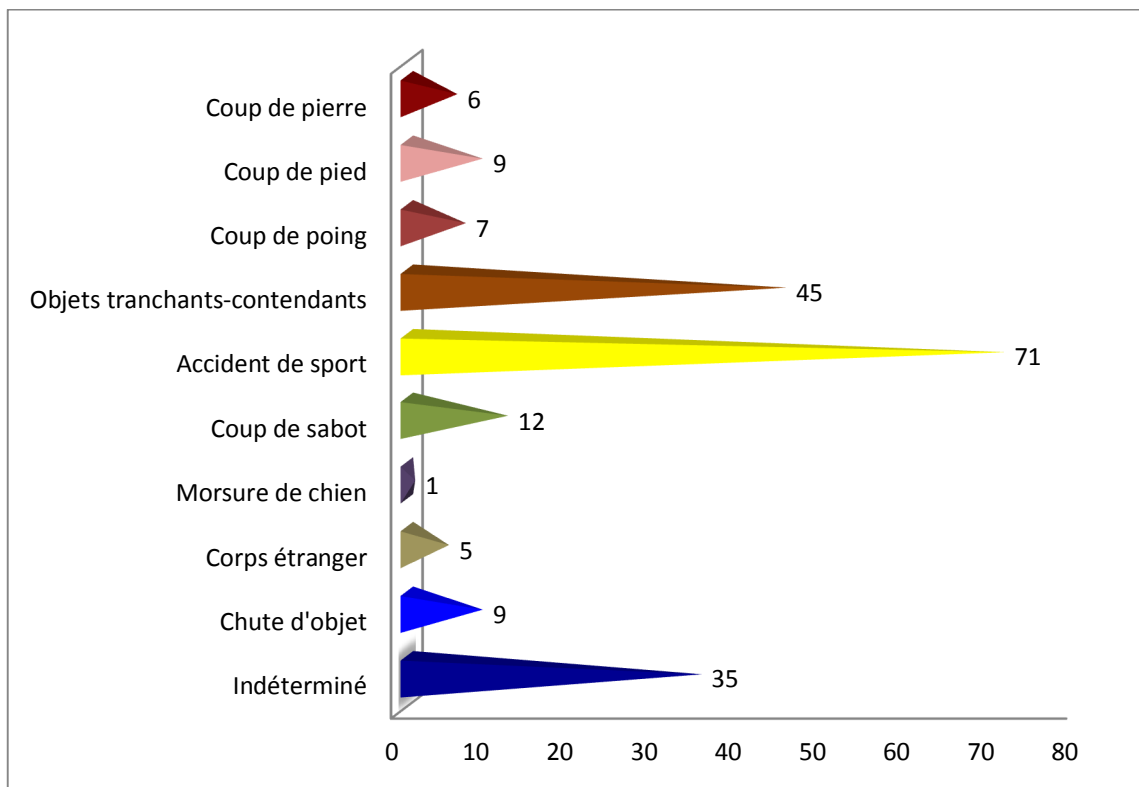


Figure 28: Les autres circonstances d'accidents.

III. Caractéristiques des lésions :

1. Généralités :

Les différents types de lésions que nous avons observés au cours de notre étude sont:

- Les traumatismes crâniens: 386 patients soit 28,8%;
- Les fractures: 550 patients soit 41%;
- Les doigts de porte: 89 patients soit 6,6%;
- Les brûlures: 93 patients soit 6,9%;
- Les traumatismes bipolaires: 116 patients soit 8,6%;
- Les autres lésions: 108 patients soit 8% dont:
 - 28 plaies des organes génitaux externes (vulvaires et scrotales) et du périnée;
 - 40 plaies des membres;
 - 34 plaies et contusions thoraco-abdominales;
 - 6 ingestions de corps étrangers.

1.1. Répartition des lésions selon le sexe :

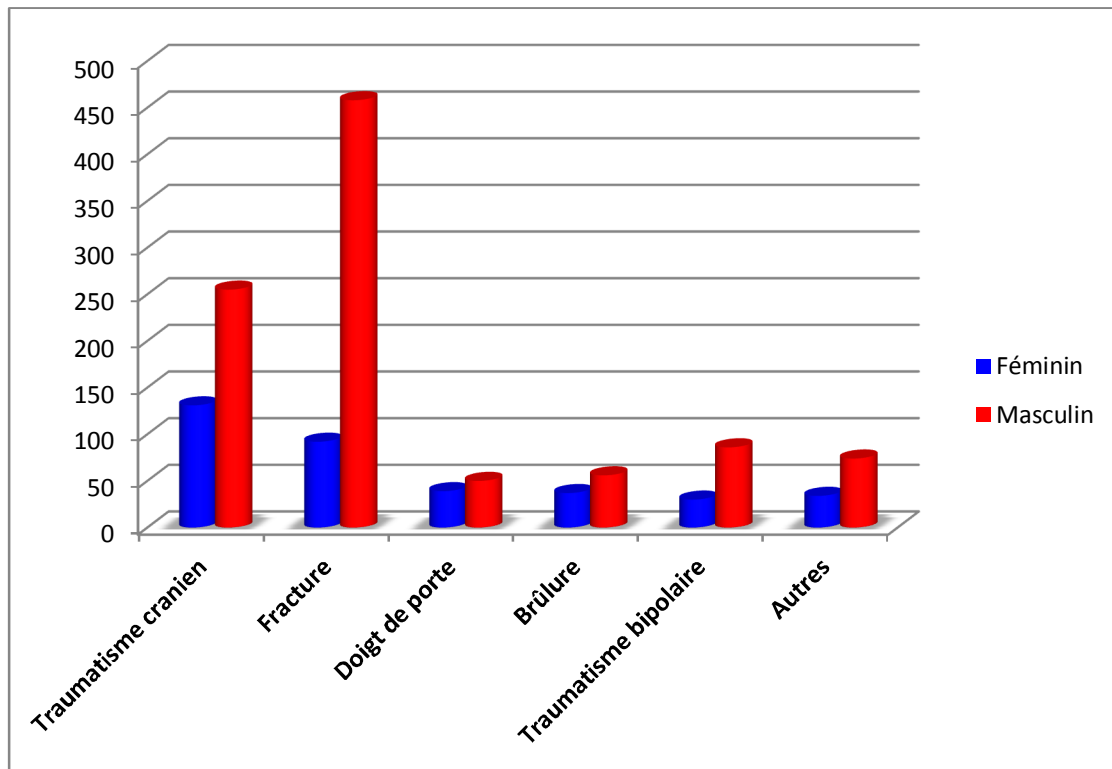


Figure 29: Répartition des lésions selon le sexe.

Pour toutes les lésions, le sexe masculin était prédominant. Chez les filles, les lésions prédominantes étaient les traumatismes crâniens et les fractures avec respectivement 36,1% et 25,3%. Puis, les doigts de porte, les brûlures, les autres lésions et les traumatismes bipolaires avec respectivement 10,7%; 10,2%; 9,4% et 8,3%.

Chez les garçons, les fractures et les traumatismes crâniens venaient en tête avec 46,8% et 26%. Puis les traumatismes bipolaires, les autres lésions, les brûlures et les doigts de porte avec respectivement 8,8%; 7,6%; 5,7% et 5,1%.

Ces différences sont statistiquement significatives avec un $p < 0,001$.

1.2. Répartition des lésions selon les tranches d'âge :

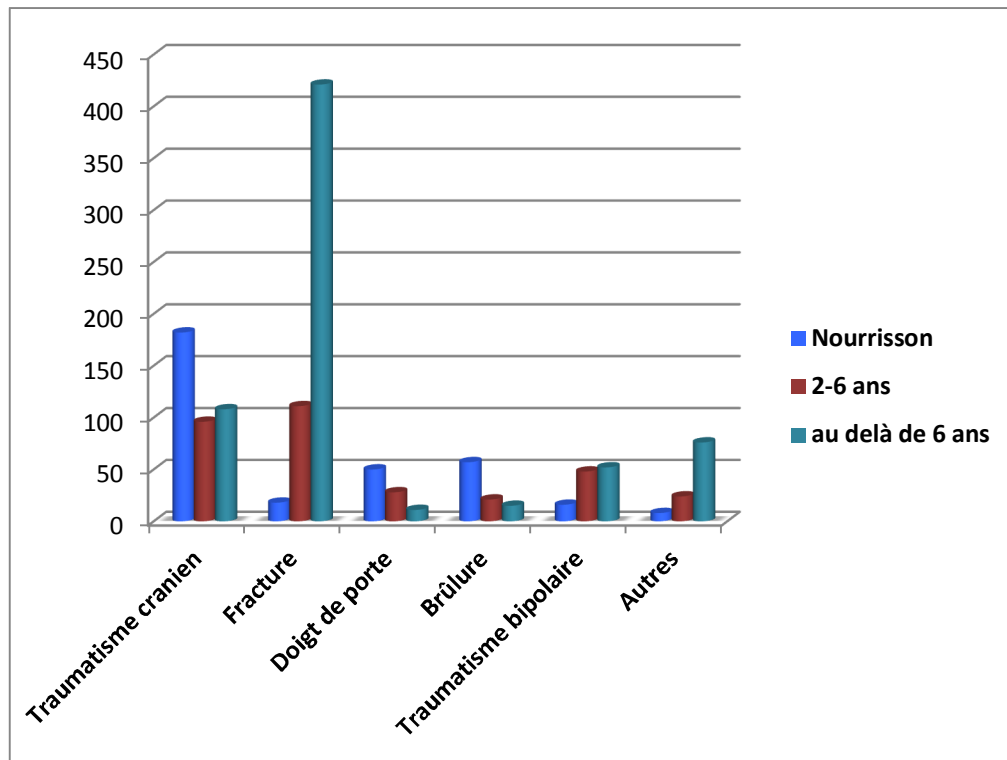


Figure 30: Répartition des lésions selon les tranches d'âge.

Les différentes tranches d'âge ne sont pas concernées par les lésions de la même manière. Pour les traumatismes crâniens, les doigts de porte et les brûlures, les nourrissons étaient les plus concernés. Au niveau des fractures, les traumatismes bipolaires et les autres lésions, les enfants de plus de 6 ans étaient les plus concernés.

Ces différences sont statistiquement significatives avec un $p < 0,001$.

1.3. Répartition des lésions selon les saisons de l'année :

Tableau 3: Répartition des lésions selon les saisons de l'année.

		SAISONS			
		Hiver	Printemps	Eté	Automne
Traumatisme Crânien	Effectif	69	100	130	87
	%	17,9	25,9	33,7	22,5
Fracture	Effectif	98	163	144	145
	%	17,8	29,6	26,2	26,4
Doigt de Porte	Effectif	16	27	26	20
	%	18,0	30,3	29,2	22,5
Brûlure	Effectif	22	25	30	16
	%	23,7	26,9	32,3	17,2
Traumatisme Bipolaire	Effectif	19	17	45	35
	%	16,4	14,7	38,8	30,2
Autres	Effectif	14	22	45	27
	%	13,0	20,4	41,7	25,0

Les traumatismes crâniens ont un pic de fréquence pendant l'été (33,7%) et le printemps (25,9%). Les fractures, doigts de porte et brûlures ont une plus forte recrudescence au printemps et en été. Pour les traumatismes bipolaires et les autres lésions, l'été et l'automne arrivent en tête des saisons.

2. Particularités des lésions :

2.1. Les traumatismes crâniens :

Nous avons répertorié 386 traumatismes crâniens. La majorité des patients étaient des garçons. Nous avons également noté que les nourrissons étaient les plus concernés. Les circonstances ayant le plus conduit aux traumatismes crâniens étaient les chutes.

✦ **Sexe des patients :**

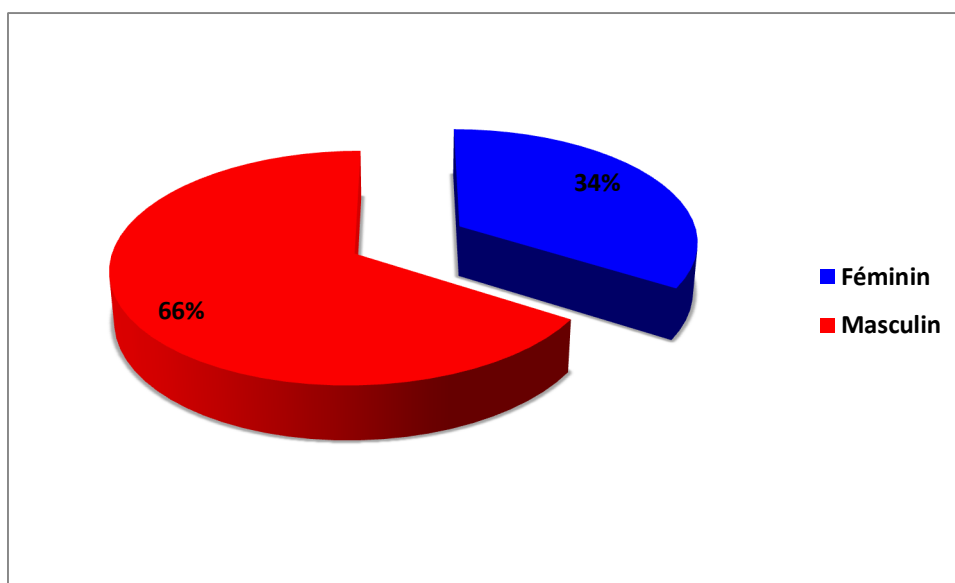


Figure 31: Répartition des traumatismes crâniens selon le sexe.

Sur les 386 patients traumatisés crâniens, 255 étaient de sexe masculin soit 66% et 131 de sexe féminin soit 34%.

✦ **Tranches d'âge :**

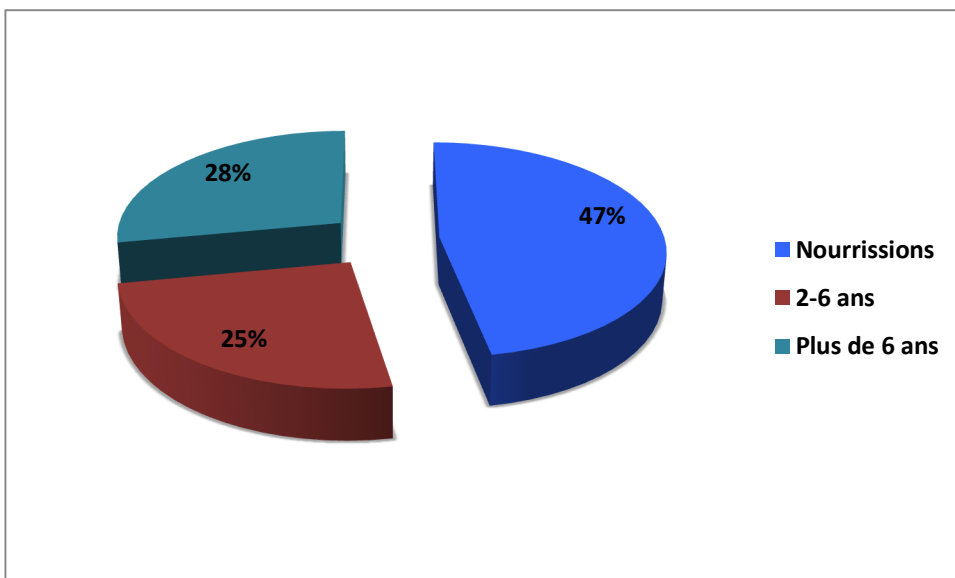


Figure 32: Répartition des traumatismes crâniens selon les tranches d'âge.

Les nourrissons représentaient un effectif de 182 parmi tous les traumatisés crâniens soit 47%. Puis les enfants de plus de 6 ans avec un effectif de 108 patients (28%) et enfin les enfants entre 2 et 6 ans, 96 patients (25%).

♦ **Circonstances :**

Parmi les 386 traumatismes crâniens, 357 étaient occasionnés par des chutes et 29 par d'autres circonstances à savoir les chutes d'objets, des chocs directs (pierre, sabot, bâton).

La répartition selon les circonstances des chutes est la suivante :

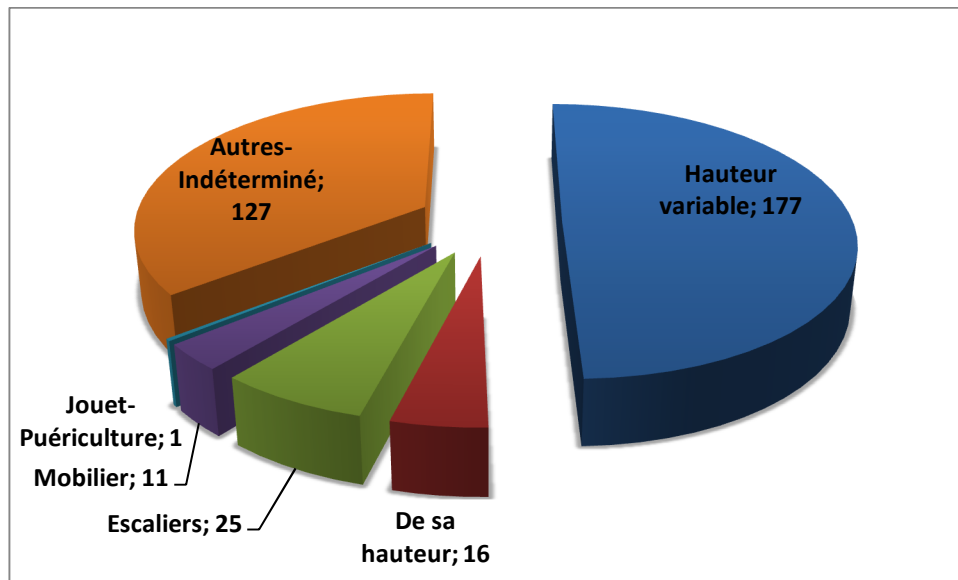


Figure 33: Répartition des traumatismes crâniens en fonction des circonstances de chutes.

♦ **Durée d'hospitalisation :**

Au cours de leur hospitalisation, 198 patients ont séjourné moins de 24 heures à l'hôpital (51,3%), 103 ont passé entre 24 et 72 heures (26,7%) et 85 patients ont passé plus de 72 heures (22%).

♦ **Lieu d'hospitalisation :**

Les patients étaient admis au service des UCP (340 patients), en réanimation (7 patients) ou au service de neurochirurgie (39 patients). Ainsi, 41 patients ont été opérés et 345 patients n'ont bénéficié d'aucun geste chirurgical.

♦ **Evolution :**

La majorité des patients a présenté une évolution simple (236). Nous avons eu des complications chez 81 patients et enregistré 8 décès. Notons que l'évolution était indéterminée chez 61 patients (sortie contre avis médical, transfert de services, évolution non renseignée).

2.2. Les fractures :

Au total, 550 patients étaient admis pour fractures. De façon générale, nous avons constaté que le sexe masculin était dominant et les grands enfants étaient les plus concernés.

♦ **Sexe des patients :**

Nous avons une très nette domination masculine concernant cette catégorie de lésions avec un pourcentage de 83,3% contre 16,7 % seulement de filles.

Il y avait 458 garçons et 92 filles, pour un sex ratio de 4,97.

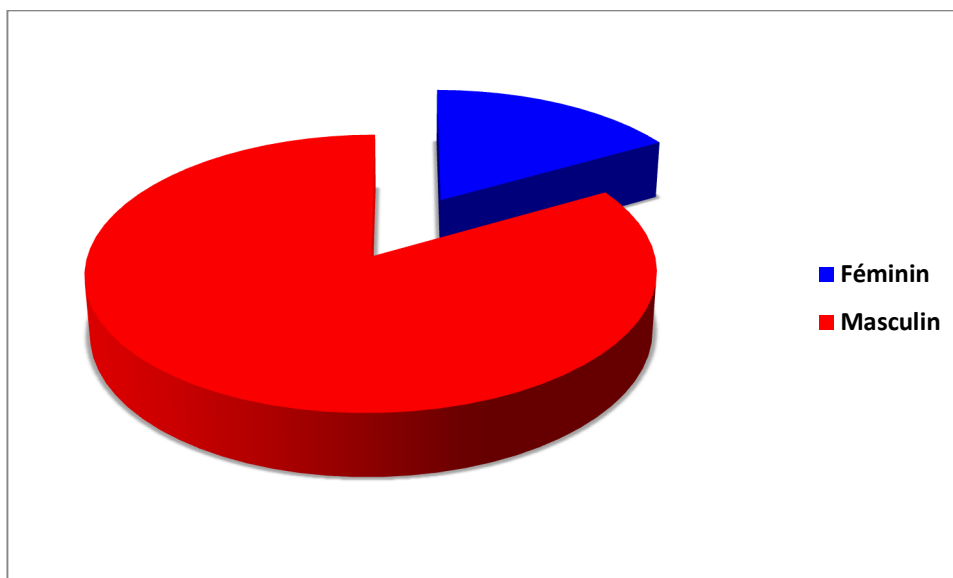


Figure 34: Répartition des fractures selon le sexe.

♦ **Les tranches d'âge :**

Les enfants de plus de 6 ans étaient les plus concernés par les fractures, avec un total de 421 patients (76,5%), puis les enfants de 2-6 ans avec un effectif de 111 patients (20,2%) et enfin les nourrissons, 18 patients (3,3%).

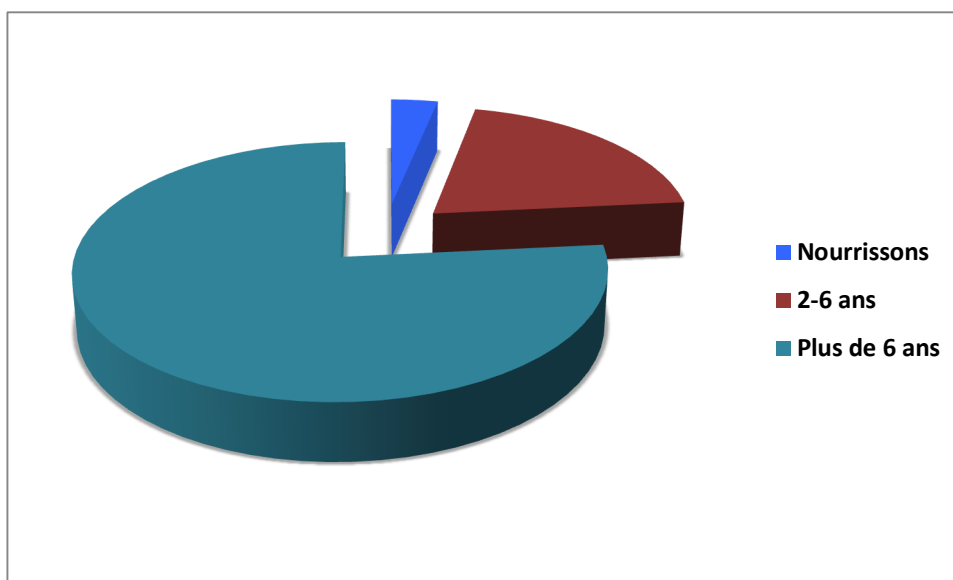


Figure 35: Répartition des fractures selon les tranches d'âge.

♦ Circonstances :

D'une façon très dominante, les chutes représentaient le mécanisme principal des fractures (82%). Il y avait ensuite les autres circonstances avec un pourcentage de 17,8%, notamment les accidents de sports, les coups de mains et de pieds. Une seule fracture était liée à un pincement de l'avant-bras par une porte.

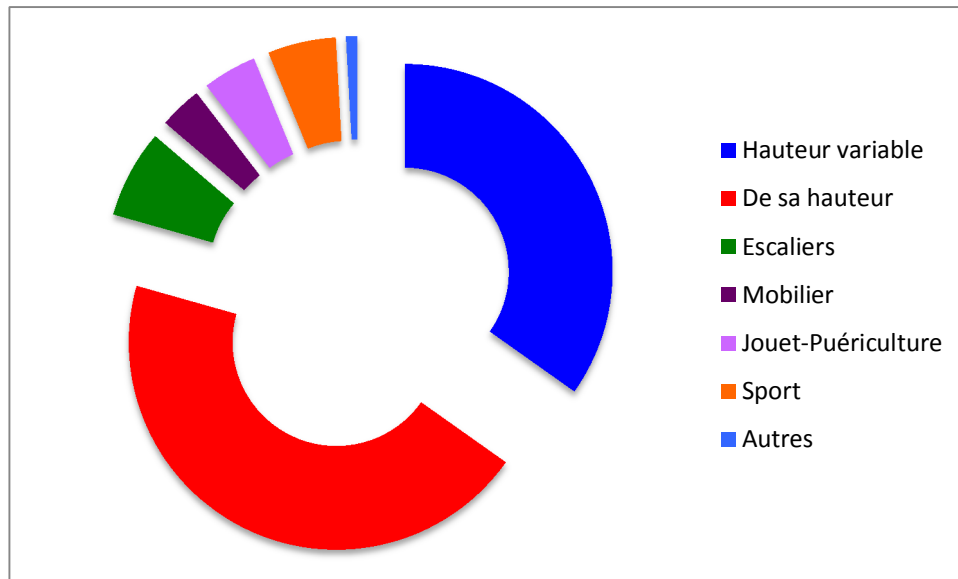


Figure 36: Répartition des fractures en fonction des circonstances de chutes.

♦ Traitement :

Tous les patients fracturés ont été hospitalisés dans le service des UCP.

La majorité y a séjourné moins de 24 heures et seulement 77 patients (14%) y ont passé plus de 24 heures.

Le plus souvent, les patients ont bénéficié d'un traitement orthopédique (472 patients soit 85,8%) mais 78 patients (14,2%) ont bénéficié d'un traitement chirurgical pour leur fracture.

L'évolution était simple chez 468 patients (85,1%) et compliquée chez 78 patients (14,2%).

2.3. Les doigts de porte :

Nous avons dénombré 89 doigts de porte. La distribution des patients selon le sexe et les tranches d'âge nous laisse voir que les deux sexes étaient relativement concernés de la même manière et les nourrissons, la tranche la plus touchée.

✦ Sexe des patients :

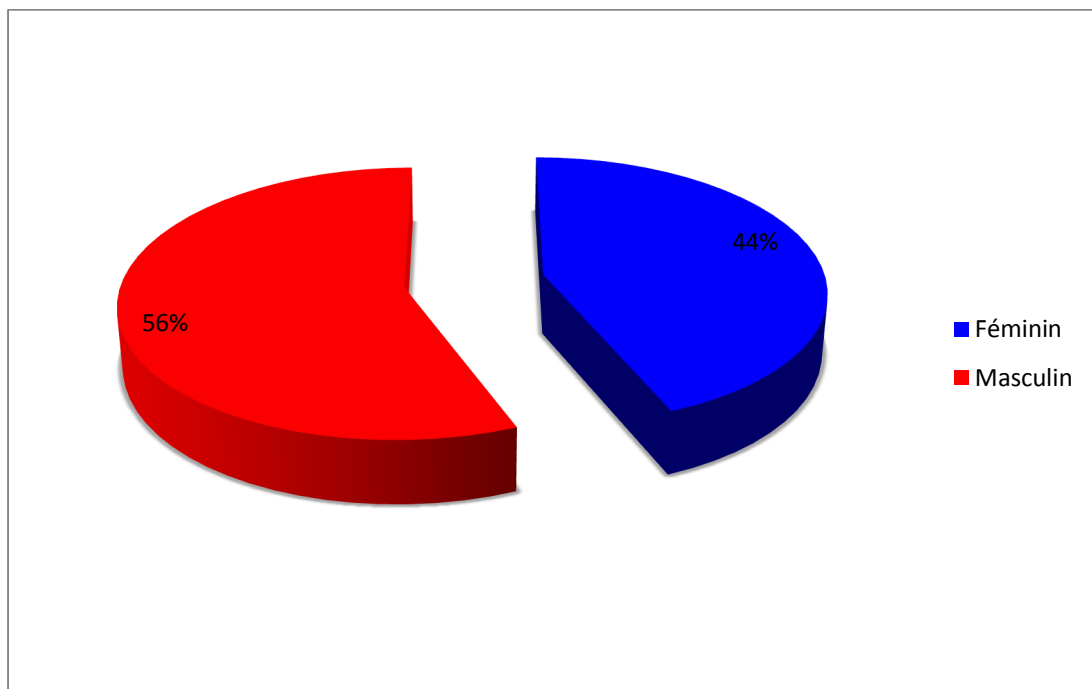


Figure 37: Répartition des doigts de porte selon le sexe.

L'effectif des garçons pour cette catégorie de lésions était de 50 et celui des filles était de 49 avec respectivement des pourcentages de 56 et 44%.

♦ **Les tranches d'âge :**

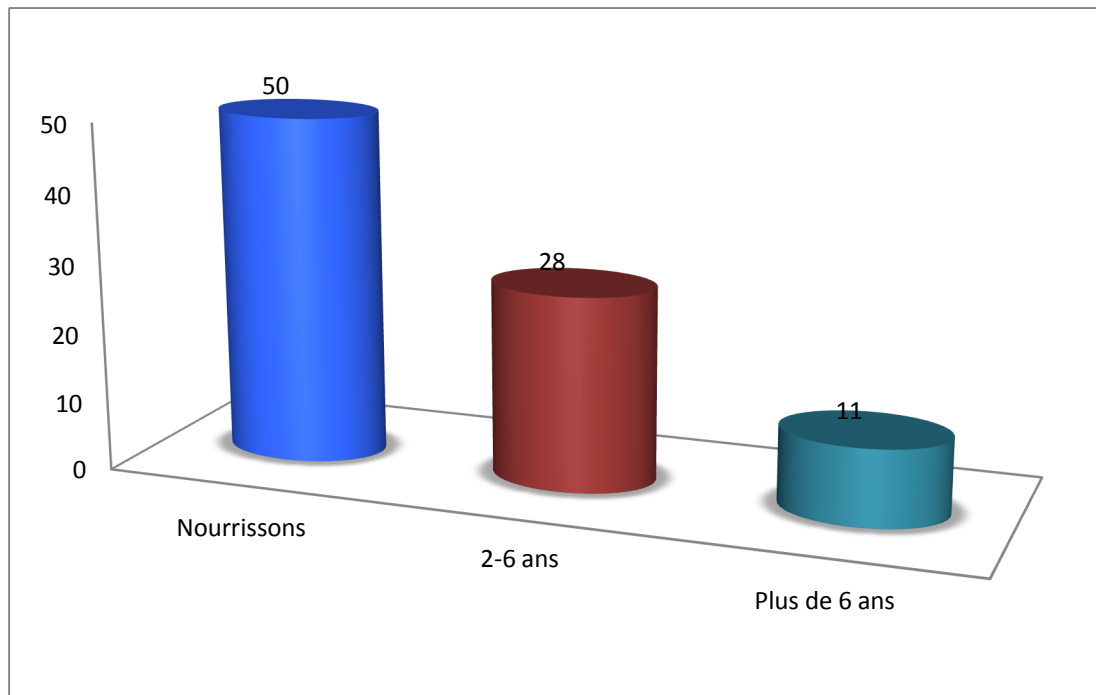


Figure 38: Répartition des doigts de porte selon les tranches d'âge.

Les nourrissons représentaient 56,2% des doigts de porte, avec un effectif de 50 patients. Les enfants de 2-6 ans suivaient avec 28 patients soit 31,5% et enfin les plus grands pour un effectif de 11 patients soit 12,4%.

♦ **Mécanismes :**

La totalité des doigts de porte était liée à une circonstance de pincement. Le mécanisme des pincements variait en fonction de la cause. Nous avons ainsi noté 66 lésions par des portes, 7 par des voitures et 3 par des fenêtres.

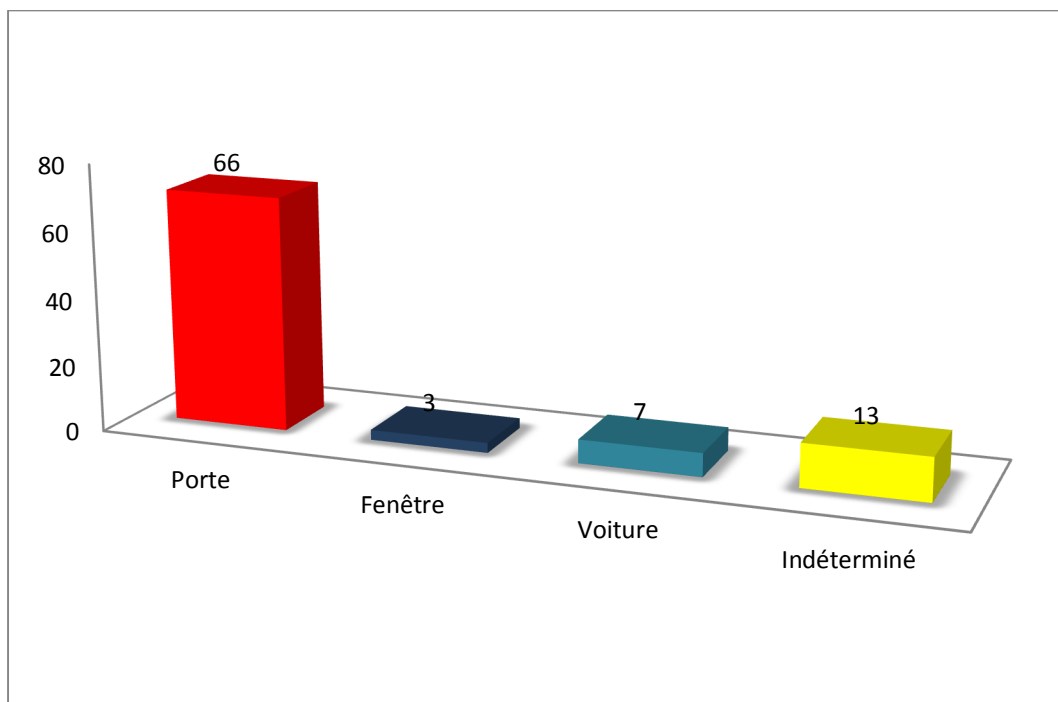


Figure 39: Répartition des doigts de porte selon le mécanisme.

✦ **Prise en charge :**

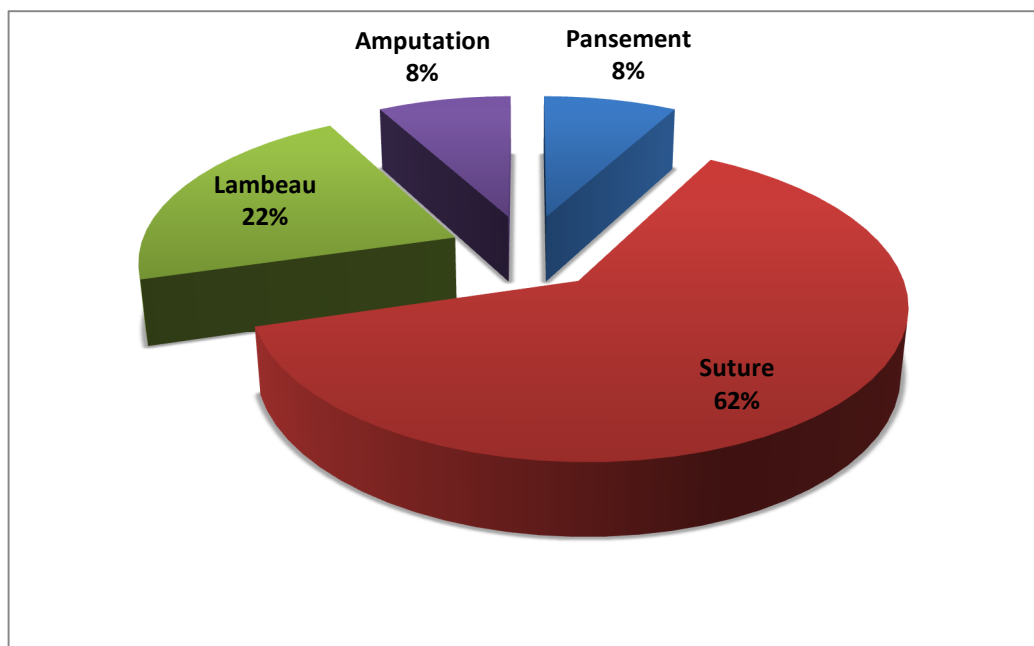


Figure 40: Traitement des doigts de porte.

La prise en charge des doigts de porte a consisté à suturer la lésion pour la majorité des cas. Ainsi 55 plaies ont été suturées, 19 ont bénéficié d'un lambeau d'avancement. Un simple pansement a été fait chez 7 patients mais nous avons aussi réalisé 7 amputations.

Notons que la totalité des doigts de porte a été prise en charge au sein du service des UCP et que tous les patients y ont séjourné moins de 24 heures.

2.4. Les brûlures :

Les brûlures représentaient 6,9% des lésions pour un effectif de 93 patients.

Comme pour les autres lésions, les garçons représentaient le sexe majoritaire.

Les nourrissons étaient la tranche d'âge majoritaire.

♦ Répartition des brûlures selon le sexe :

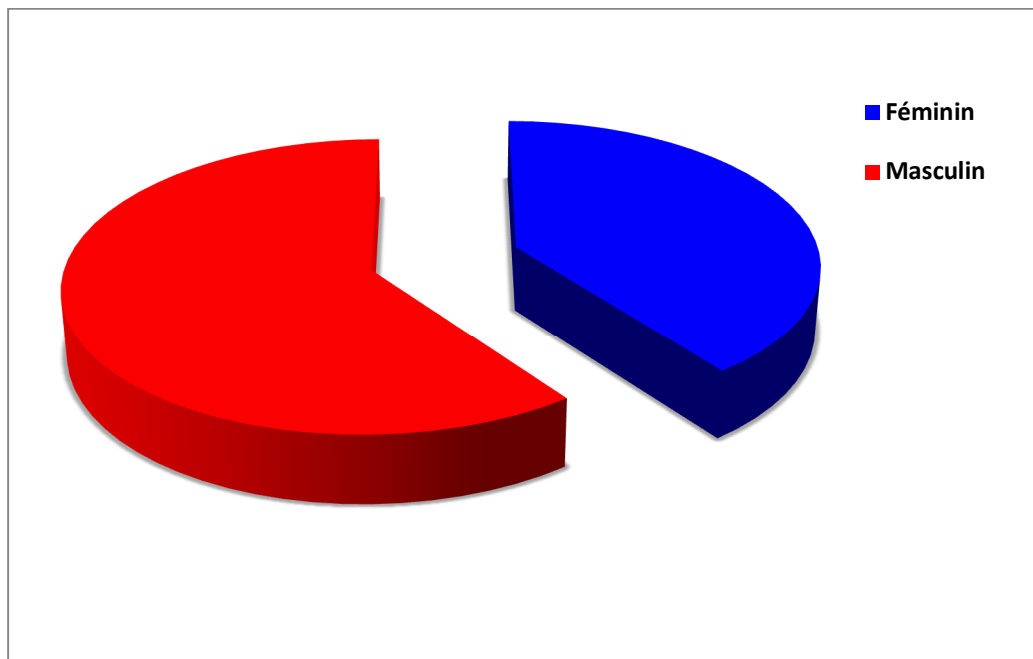


Figure 41: Répartition des brûlures selon le sexe.

Les garçons représentaient 60,2% contre 39,8% des brûlés pour les filles, avec des effectifs respectifs de 56 et 37.

♦ **Les tranches d'âge :**

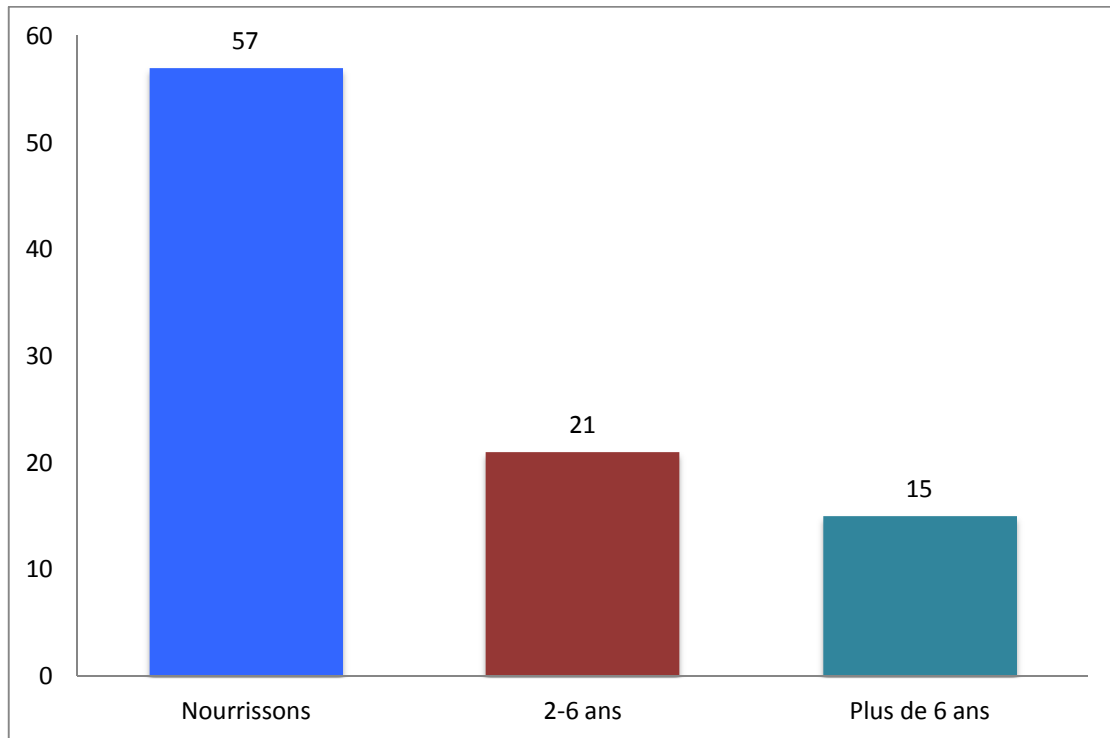


Figure 42: Répartition des brûlures selon les tranches d'âge.

Les nourrissons, avec un pourcentage de 61,3 %, étaient les plus nombreux. A mesure que l'âge augmente, le nombre des brûlés diminue. On dénombre donc 22,6% des enfants de 2-6 ans et 16,1% des enfants de plus de 6 ans.

✦ **Durée et lieu d'hospitalisation :**

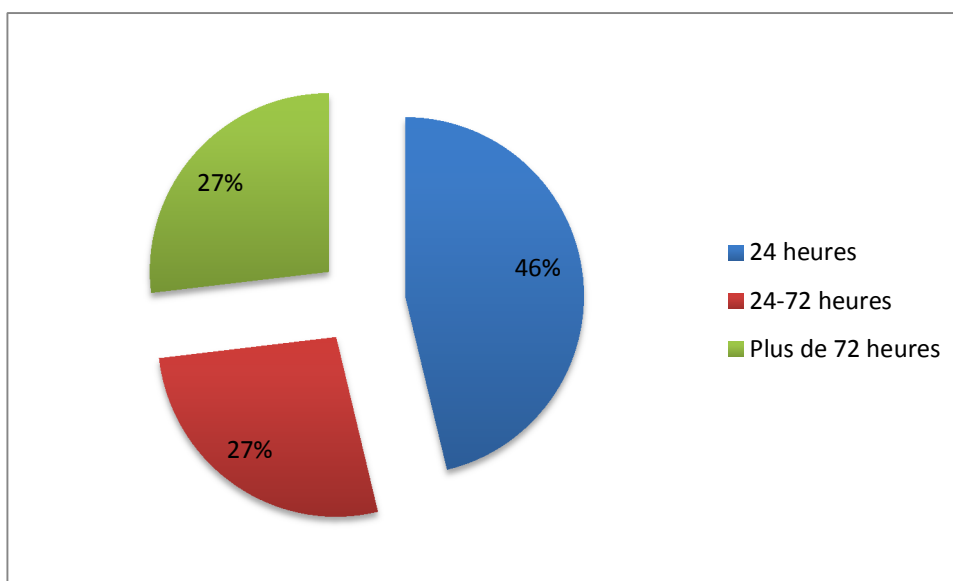


Figure 43: Durée d'hospitalisation des patients brûlés.

Une moitié des patients a été hospitalisée moins de 24 heures tandis qu'une autre a passé plus de 24 heures d'hospitalisation.

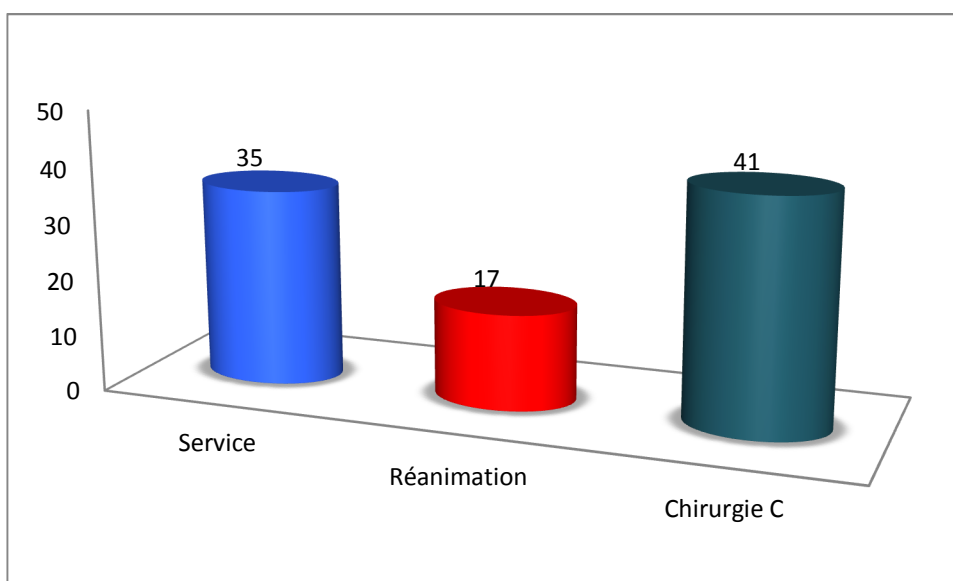


Figure 44: Lieu d'hospitalisation des patients brûlés.

La majorité des patients reçus aux UCP pour brûlure (44,1%) a été transférée au service de chirurgie C après la prise en charge initiale en urgence. Seuls 37,6% des patients ont été maintenus au sein du service des UCP et la minorité (18,3%) fut admise au service de réanimation.

♦ **Surface brûlée :**

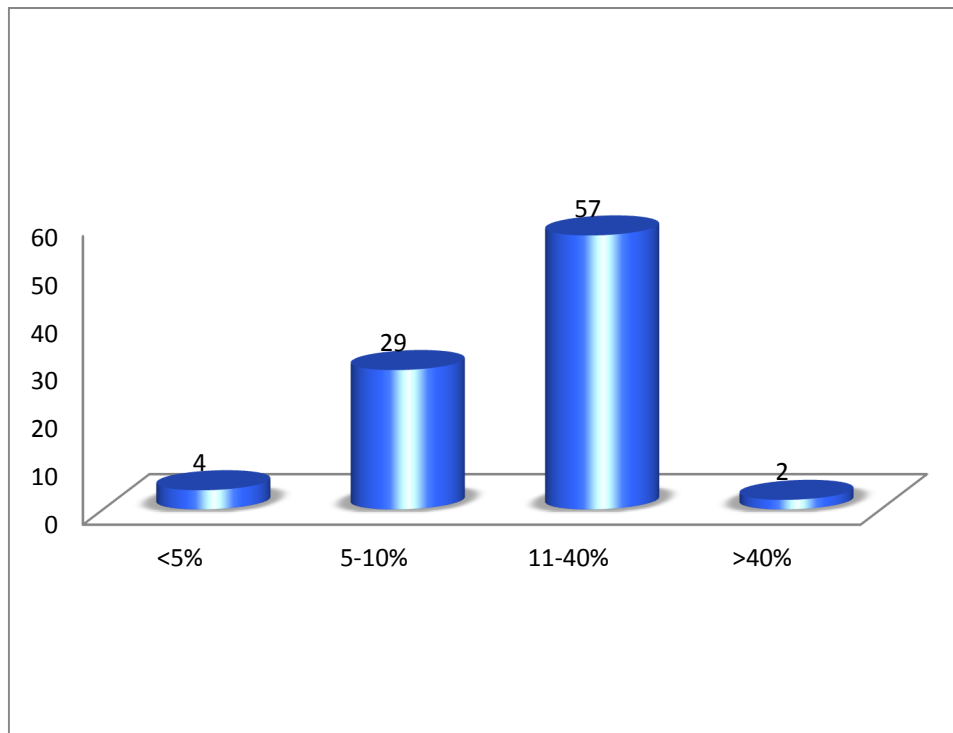


Figure 45: Répartition des patients brûlés selon la surface corporelle atteinte.

Pour 62% des patients, la surface corporelle brûlée était comprise entre 11 à 40%. Pour 31,5% des patients, cette surface était comprise entre 5 à 10%. Elle était inférieure à 5% pour 4,3% des patients et supérieure à 40% pour seulement 2,2% des brûlés.

✦ **Prise en charge et évolution :**

La quasi-totalité des patients brûlés a bénéficié de pansement stérile au bloc opératoire. Seuls deux patients ont été pris en charge de façon ambulatoire au regard de leurs lésions.

L'évolution dans cette catégorie de lésions était simple pour 79 patients, compliquée pour 9 d'entre eux et nous avons déploré 2 décès.

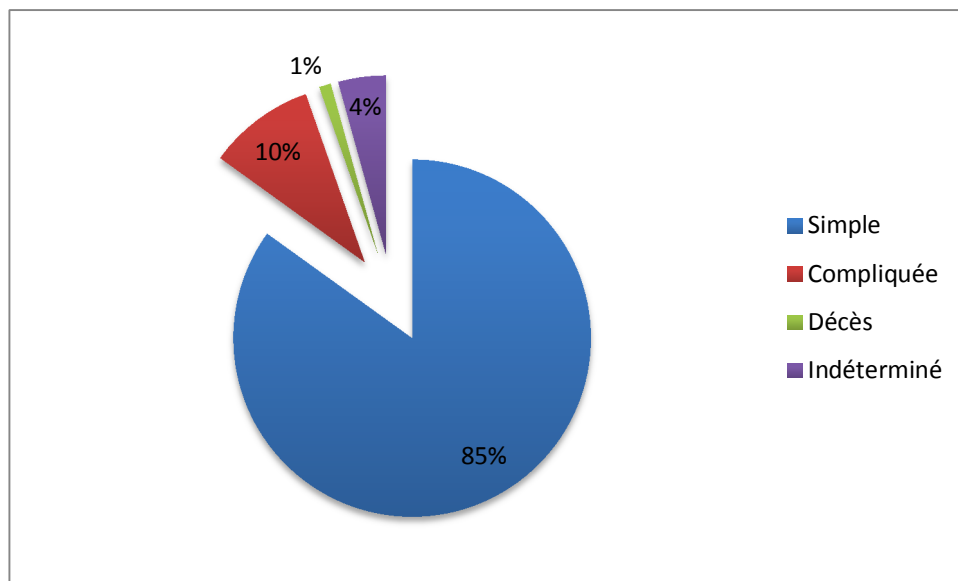


Figure 46: Répartition des patients brûlés selon l'évolution.

2.5. Les traumatismes bipolaires :

Ils étaient au nombre de 116. Les traumatismes bipolaires ont été principalement liés aux chutes pour la grande majorité des cas et aux autres circonstances pour le reste. Comme toutes les précédentes lésions, les garçons étaient plus concernés et aussi les grands enfants pour ce type de lésions.

✦ Sexe et tranche d'âge des patients

Il faut noter que 74,1% des patients étaient de sexe masculin contre 25,9% de filles.

La tranche d'âge dominante était celle de plus de six ans (44,8%), suivie de celle des enfants de 2-6 ans (41,4%) et enfin les nourrissons (13,8%).

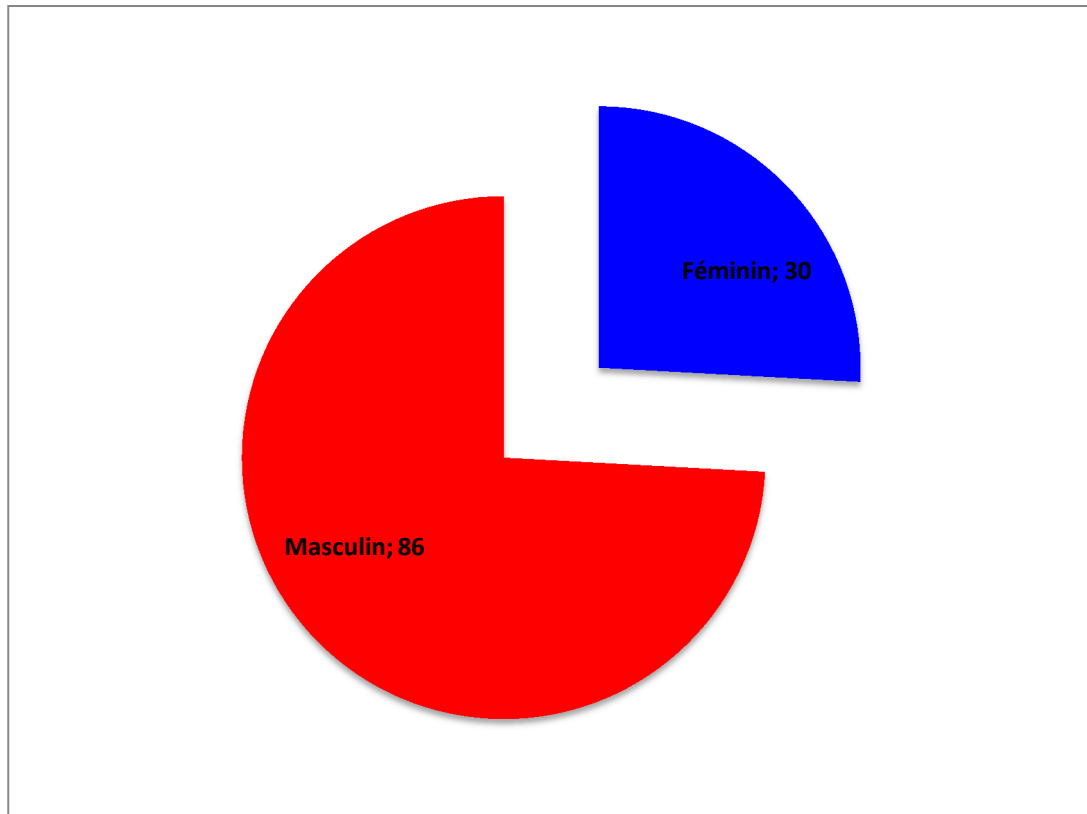


Figure 47: Répartition des traumatismes bipolaires selon le sexe.

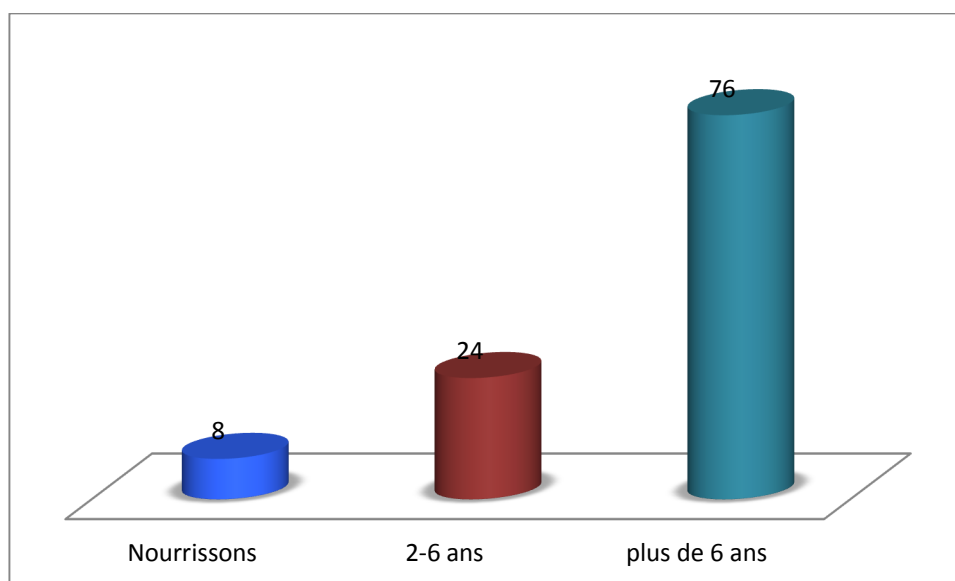


Figure 48: Répartition des traumatismes bipolaires selon les tranches d'âge.

✦ **Circonstances des traumatismes bipolaires :**

Les traumatismes bipolaires étaient en grande partie liés à des chutes. C'était le cas chez 102 patients et 14 étaient liés à d'autres circonstances.

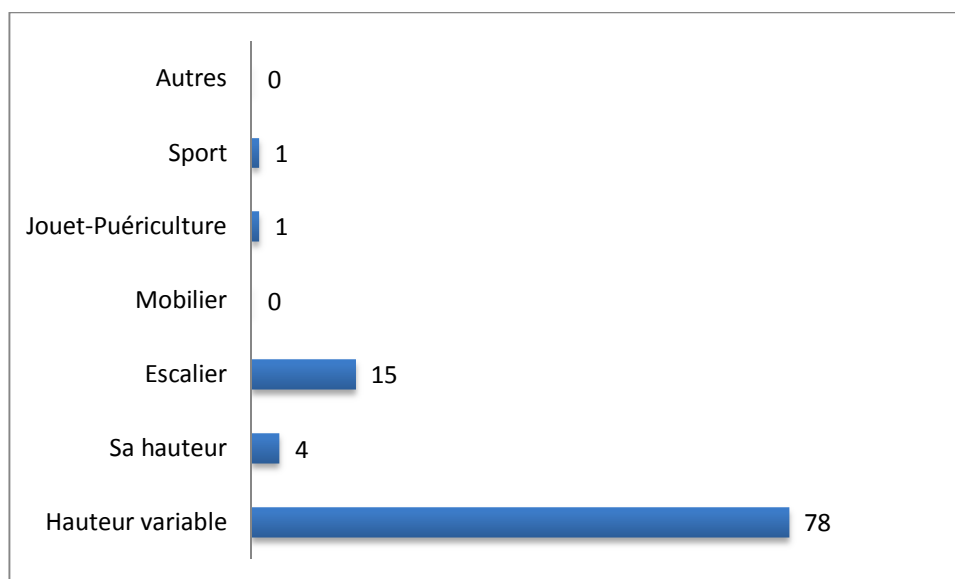


Figure 49: Répartition des patients selon les mécanismes de chutes.

2.6. Les autres lésions :

Dans cette catégorie de lésions, nous avons regroupé le reste des lésions en rapport avec les AcVC. Nous pouvons ainsi citer:

- 28 plaies des organes génitaux externes (vulvaires et scrotales) et du périnée;
- 40 plaies des membres;
- 34 plaies et contusions thoraco-abdominales;
- 6 ingestions de corps étrangers.

♦ Répartition selon le sexe :

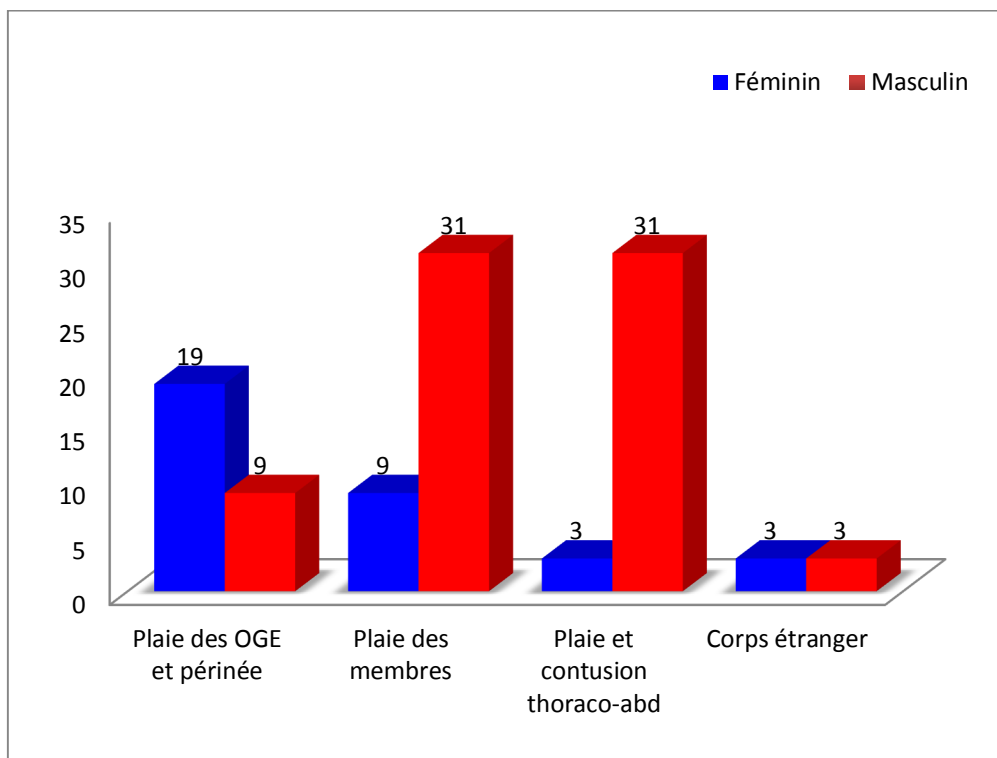


Figure 50: Répartition des autres lésions selon le sexe.

La majorité des plaies des organes génitaux externes concernait les filles. Nous avons donc eu 19 plaies vulvaires, 8 plaies scrotales et une plaie anale. Pour les lésions des membres, du thorax et de l'abdomen, les garçons étaient nettement plus concernés. Nous avons une répartition équitable entre les sexes pour les ingestions de corps étrangers à savoir 3 garçons et 3 filles.

♦ **Répartition selon les tranches d'âge :**

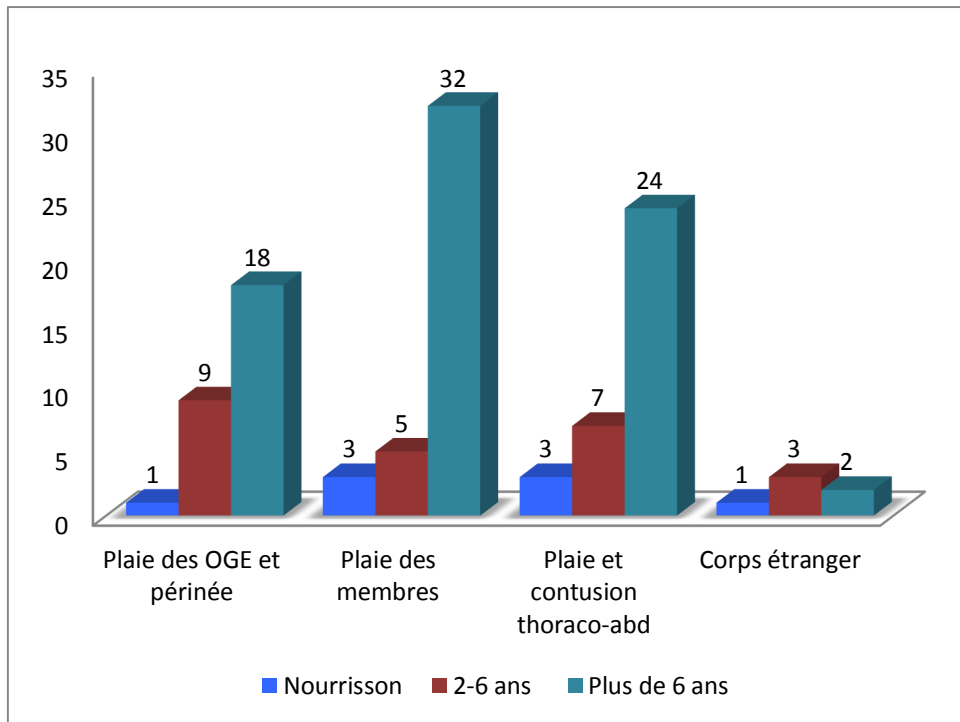


Figure 51: Répartition des autres lésions selon les tranches d'âge.

Dans toutes les lésions de cette catégorie, les grands enfants étaient plus nombreux, sauf concernant les corps étrangers où la tranche d'âge intermédiaire était majoritaire.

IV. Observations médicales:

1. Traumatismes crâniens:

1.1. Cas n° 1:

Bébé S. Wassim, âgé de 4 mois sans antécédents (ATCD) pathologiques particuliers, victime le jour de son admission d'une chute des bras de sa maman à la maison, causant un épisode de convulsion ayant motivé la consultation aux urgences. L'examen clinique était normal, notamment l'examen neurologique. Une Tomodensitométrie (TDM) cérébrale était indiquée au regard de l'âge du patient et l'épisode de convulsion, et réalisée à 6 heures du traumatisme (Photo 1). Elle a révélé un trait de fracture temporo-pariétal, sans lésions parenchymateuses ni œdème cérébral.

La mise en condition a comporté en:

- La prise d'une voie veineuse périphérique avec sérum salé isotonique en ration de base.
- La mise en position demi assise.
- Une oxygénothérapie à 3 l/mn.

La surveillance clinique durant 24 heures n'a pas révélé d'aggravation et le bébé fut déclaré sortant le lendemain avec contrôle clinique 48 heures plus tard et consignes à la maman de le ramener devant toute aggravation.



Photo 1: TDM cérébrale révélant un trait de fracture temporo-pariétal sans autres lésions associées.

1.2. Cas n° 2:

Bébé S. Rim, âgée de 4 mois, sans ATCD, qui a chuté des bras de sa mère, n'entraînant aucun signe clinique. La maman a quand même consulté et l'examen clinique à l'admission était parfaitement normal. La TDM cérébrale (Photo 2) à H6 a révélé un énorme hématome extradural avec effet de masse et déviation de la ligne médiane, œdème cérébral sans signe d'engagement, associé à un hématome sous galéal.

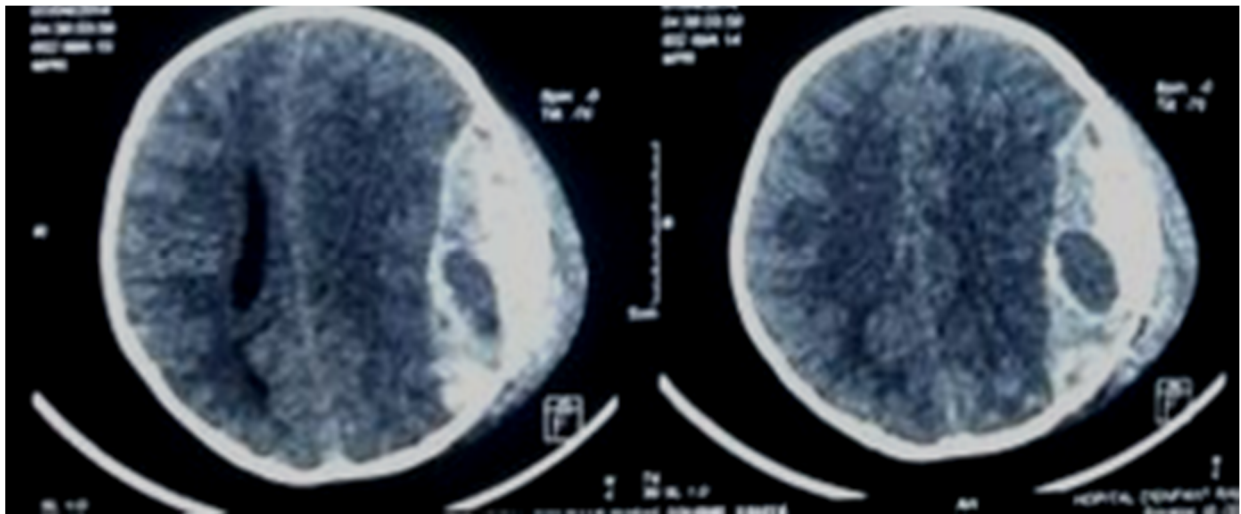


Photo 2: TDM cérébrale révélant un HED énorme avec effet de masse.

La patiente a alors été opérée par les neurochirurgiens qui ont procédé à la réalisation d'un volet osseux permettant de drainer l'hématome extradural, sans mise en évidence de brèche méningée (Photo 3). L'intervention s'est terminée par la mise en place d'un drain, retiré le lendemain. L'évolution était favorable et le bébé sorti le surlendemain. Les contrôles cliniques à 48 heures puis à une semaine étaient sans particularités.

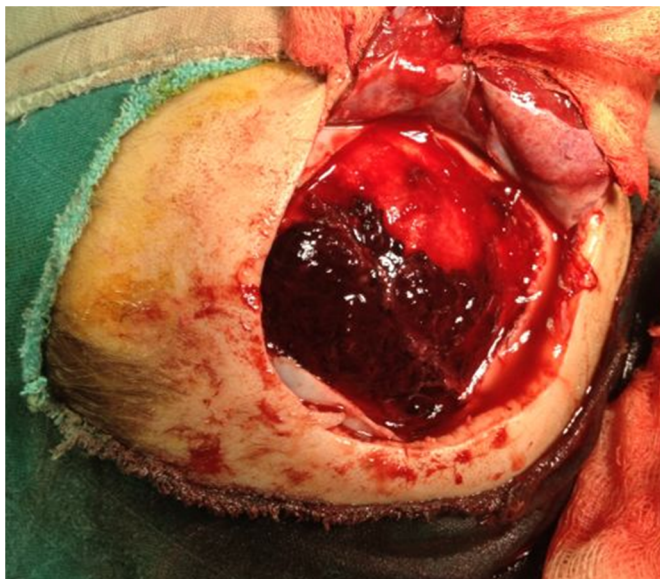


Photo 3: Vue peropératoire montrant l'hématome extradural qui est drainé, sans brèche méningée.

1.3. Cas n° 3 :

Nourrisson Z. YAHIA, âgé de 12 mois, sans ATCD notables, victime d'une chute d'une hauteur d'un mètre, occasionnant un traumatisme crânien avec vomissements alimentaires à répétition. Le scanner cérébral à H6 (Photo 4) du traumatisme a montré un hématome extradural avec effet de masse.

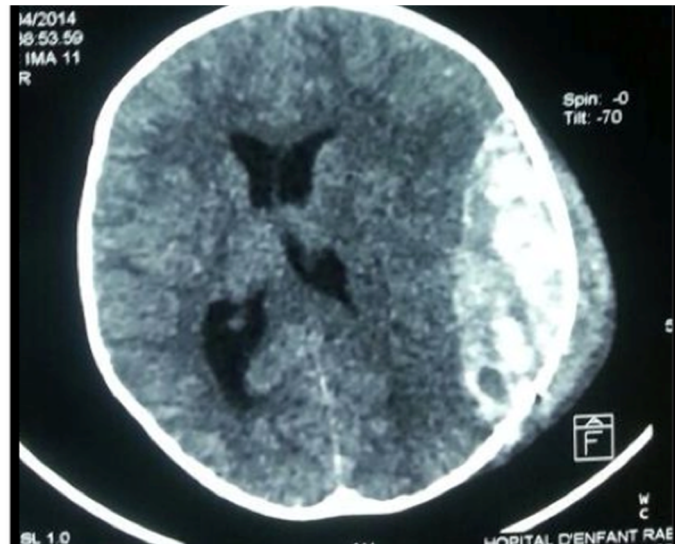


Photo 4: TDM cérébrale montrant un hématome extradural avec effet de masse.

Le patient fut alors opéré le soir (Photo 5) avec un drainage de l'hématome sans brèche méningée.



Photo 5: Vue peropératoire d'un hématome extradural sans brèche méningée.

L'évolution était favorable avec des contrôles satisfaisants.

2. Les fractures:

2.1. Cas n° 1 :

Enfant T. Fahd, âgé de 10 ans, sans ATCD particuliers qui a présenté suite à une chute de sa hauteur avec réception sur la main en extension un traumatisme du poignet droit. L'examen retrouvait une attitude du traumatisé du membre supérieur, avec tuméfaction du poignet. La radiographie standard a montré une fracture décollement du radius (Photo 6-a). Une réduction sous anesthésie générale a été réalisée avec immobilisation plâtrée en flexion pendant 45 jours, redressement du poignet à J15 et libération du coude à 1 mois (Photo 6-b).



Photo 6-a: fracture du radius

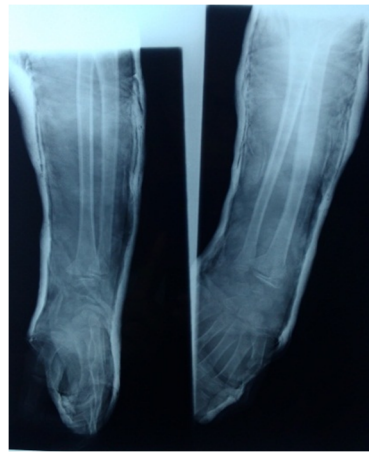


Photo 6-b: après réduction

2.2. Cas n° 2 :

Enfant A. Ismail, âgé de 15 ans, sans ATCD particuliers qui a présenté un traumatisme suite à une chute de sa hauteur avec réception sur l'avant-bras gauche. L'examen retrouvait l'attitude du traumatisé du membre supérieur, avec tuméfaction de l'avant-bras gauche et impotence fonctionnelle, sans lésions vasculo-nerveuses ou cutanées associées. La radiographie standard a révélé une fracture médio-diaphysaire des deux os de l'avant-bras (Photo 7-a). Une réduction sous anesthésie générale a été tentée mais la fracture était instable d'où la réalisation d'un embrochage élastique stable au moyen de deux broches de Kirchner avec immobilisation plâtrée pendant 2 mois et libération du coude à 1 mois (Photo 7-b).

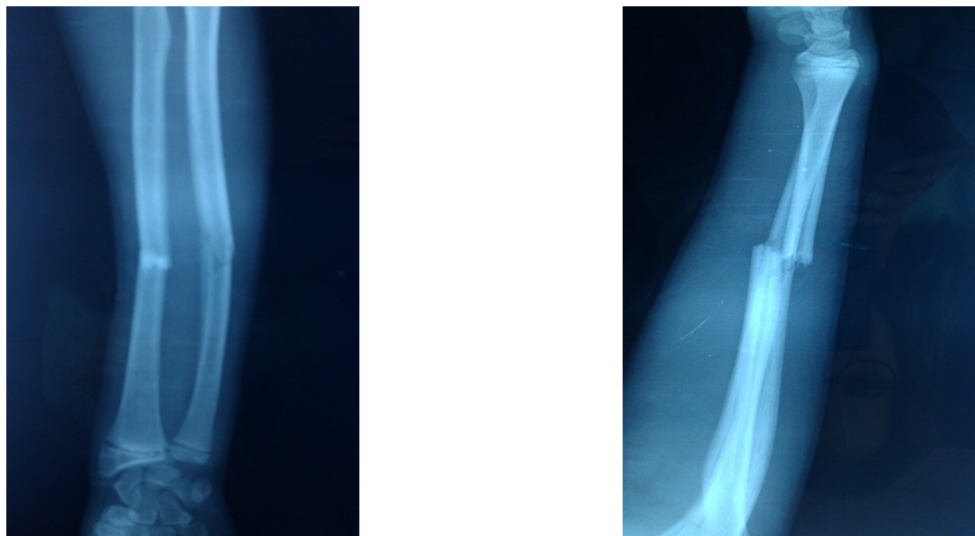


Photo 7-a: Fracture des 2 os de l'avant-bras de face et de profil



Photo 7-b: Fracture de l'avant-bras après embrochage

2.3. Cas n° 3:

Enfant E. Inass, âgé de 3 ans, sans ATCD particuliers qui a présenté suite à une chute des escaliers avec réception sur la cuisse gauche des douleurs avec impotence fonctionnelle du membre inférieur gauche. L'examen retrouvait une tuméfaction de la cuisse gauche, sans lésions vasculo-nerveuses associées. La radiographie standard a montré une fracture spiroïdale du tiers supérieur du fémur avec chevauchement (Photo 8-a). Une réduction sous anesthésie générale fut réalisée suivie d'un plâtre pelvi-pédieux pendant 3 mois, avec libération de la cheville après un mois (Photo 8-b).



Photo 8-a: Fracture du fémur gauche.



Photo 8-b : Après réduction.

3. Les doigts de porte et plaies de la main:

3.1. Cas n° 1:

Enfant Mohamed. A, âgé de 2 ans et 4 mois, sans ATCD notables qui s'était coincé les doigts dans une porte en bois, ayant occasionné une lésion du 3^{ème} et 4^{ème} doigt de la main droite. L'examen à l'admission trouva un enfant agité, hyperalgique. L'inspection révéla une lésion du médus droit avec plaie du lit unguéal et décollement de la matrice (Photo 9). Il n'y avait pas d'autres lésions associées.

La radiographie ne montrait pas de fracture.

L'enfant a alors été admis au bloc opératoire et a bénéficié d'une suture du lit unguéal avec un point en x avec repositionnement de l'ongle. Le pansement fut changé au 3^{ème} jour et ne retrouva pas de nécrose ou d'infection.

L'enfant a été revu à une semaine et présentait une bonne cicatrisation.



Photo 9: Vue peropératoire montrant une plaie du lit unguéal du médus droit.

3.2. Cas n° 2 :

Enfant Ali. M, âgé de 7 ans, suivi pour rhinite allergique depuis 3 ans, s'était présenté aux urgences chirurgicales pour un traumatisme des doigts, alors qu'il jouait avec sa petite sœur, qui avait claqué une porte sur ses doigts. A l'admission, l'enfant était algique, pâle, avec un pansement autour de la main droite. L'examen clinique trouva une amputation des 2^{ème} et 3^{ème} doigts gauches au niveau de l'articulation inter phalangienne distale (IPD) et le 4^{ème} doigt ne tenait que par un petit lambeau cutané sur la face palmaire (Photo 10). L'enfant fut alors admis au bloc opératoire et une régularisation fut réalisée pour les 2ème et 3ème doigts permettant de couvrir l'os. Pour le 4ème doigt, nous avons tenté de préserver le doigt en réalisant un embrochage avec des sutures aux points séparés. Le contrôle au 3ème jour a montré un début de nécrose et la régularisation était réalisée au 8ème jour.



Photo 10: Vue préopératoire montrant les lésions du 2ème, 3ème et 4ème doigts.

3.3. Cas n° 3:

Enfant Mohamed. B, âgé de 13 ans, sans ATCD particuliers, qui avait présenté le jour de son admission un traumatisme de la main droite suite à un accident domestique. En effet, l'enfant s'était pris la main droite dans une machine à épices alors que sa maman préparait chez elle les épices. Ce qui avait causé de multiples plaies de la main avec saignement important et douleur. L'enfant fut alors adressé aux urgences chirurgicales.

L'examen à l'admission trouva un enfant pâle, conjonctives légèrement décolorées, la tension artérielle à 11/6, le pouls à 90 battements/mn.

Le pansement de la main était défait au bloc opératoire sous anesthésie générale, après une rapide mise en condition et bilan préopératoire.

L'exploration retrouva des plaies de la paume de la main, au niveau du 1^{er} pli palmaire et des métacarpo-phalangiennes. Le 2^{ème}, 3^{ème} et 4^{ème} doigt présentaient des plaies longitudinales avec lésions des tendons fléchisseurs profonds et superficiels (Photo 11-a). Nous avons procédé alors à un parage soigneux des plaies, une suture des tendons fléchisseurs avec des points de Kesler puis des sutures cutanées (Photo 11-b). La main fut immobilisée dans une attelle intrinsèque pendant 3 semaines. Le 1^{er} pansement a été fait au bloc le 5^{ème} jour puis à 15 jours avec bonne cicatrisation. L'enfant a été ensuite confié à la kinésithérapie avec une assez bonne récupération de la fonction des doigts.

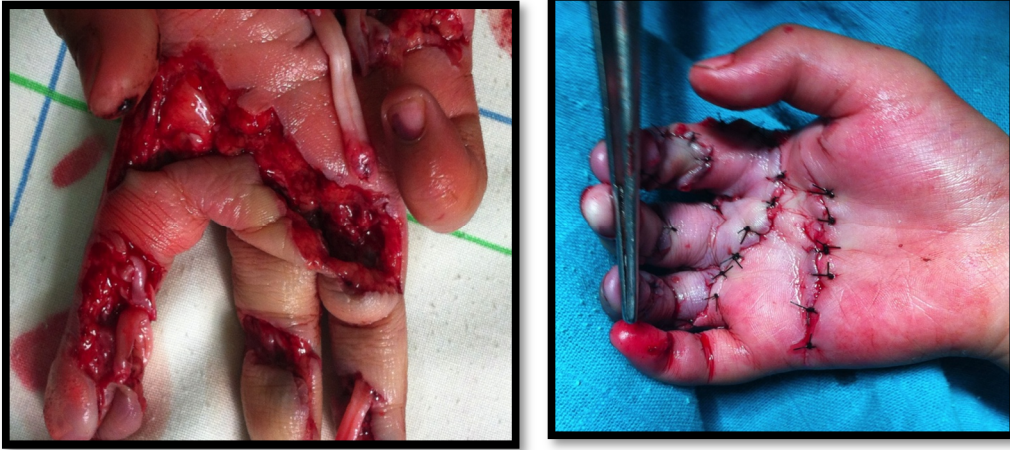


Photo 11-a: Plaies multiples de la main droite. Photo 11-b: Aspect post-opératoire immédiat.

3.4. Cas n° 4:

Enfant Karim. B, âgé de 12 ans, sans ATCD, qui travaillait pendant ses vacances scolaires avec son père boucher. L'enfant, en utilisant le hachoir électrique pour viande hachée, s'y était coincé la main droite. La main n'a pu être extraite de la machine sans risquer de causer une amputation; l'enfant avait alors été acheminé à l'hôpital d'enfant par les sapeurs-pompiers, la main dans le hachoir (Photo 12). Une fois au bloc et sous anesthésie générale, les sapeurs-pompiers ont démonté la machine mais la main était irrécupérable. Nous avons alors réalisé une amputation de la main au niveau du poignet (Photo 13).



Photo 12: Vue peropératoire montrant la main coincée dans le hachoir.



Photo 13: Vue post-opératoire montrant un bourgeonnement du moignon d'amputation de la main.

4. Les brûlures:

4.1. Cas n°1 :

Nourrisson Laila. D, âgée de 1 an, sans ATCD notables, victime le jour de son admission d'une brûlure. Le bébé s'était renversé accidentellement de l'eau bouillante sur le membre supérieur gauche. A l'admission, nourrisson en bon état général, conjonctives normo colorées. L'inspection trouva une brûlure de

2^{ème} degré superficiel de la moitié de la face antérieure de l'avant-bras gauche, avec une mosaïque de lésion de 1^{er} et 2^{ème} degré superficiel au niveau du dos de la main (Photo 14). Un pansement à la Vaseline* et Flammazine* était réalisé au bloc opératoire sous anesthésie générale et le bébé était ensuite adressé au service des brûlés de l'hôpital d'enfant de Rabat.



Photo 14: aspect de brûlure de l'avant bras.

4.2. Cas n° 2:

Nourrisson Adam. E âgé de 10 mois, avec un ATCD de gastroentérite il y a 2 mois, qui était victime la veille de l'admission d'une brûlure au niveau du visage. Le nourrisson s'était renversé une théière sur le visage, ce qui avait occasionné une brûlure du visage et du thorax. Les parents n'avaient consulté que le lendemain au service. A l'admission, nourrisson en assez bon état général, œdème du visage et des paupières, également des lèvres et du nez. Le cou présentait une brûlure circulaire avec un œdème manifeste. L'hémi thorax droit était également touché. Les lésions associaient des 1^{er} et 2^{ème} degré superficiels. La surface brûlée était estimée à 22% (Photo 15).

Après un pansement au bloc opératoire sous anesthésie générale, le nourrisson était admis en réanimation et y avait séjourné pendant 5 jours puis a été transféré au service des brûlés de l'hôpital d'enfant de Rabat.



Photo 15: aspect de brûlure de 2^{ème} degré du visage, cou et parie supérieure du thorax.

4.3. Cas n°3:

Fillette Chaïmae. E, âgée de 6 ans, victime d'une brûlure par flamme lorsque sa robe a été prise dans le feu d'un brasero à la maison. L'enfant fut alors évacuée à l'hôpital par les sapeurs-pompiers. L'examen au bloc trouva des brûlures de 2^{ème} degré superficiel au niveau du visage, du menton, la moitié de la face antérieure du bras droit et quelques zones de l'avant-bras gauche des lésions du tronc, de la face antérieure de la cuisse droite, la face postérieure de la cuisse gauche, la face postérieure de la fesse droite. La surface était estimée à environ 40% de la surface corporelle (Photo 16).

L'enfant a bénéficié d'un pansement au bloc opératoire et ensuite admise en réanimation pendant 5 jours puis transférée au service des brûlés.



Photo 16: Aspect de brûlure 2^{ème} degré profond et 3^{ème} degré.

5. Autres:

5.1. Corps étranger:

Nourrisson de 8 mois, sans ATCD pathologiques notables qui avait ingéré une pile de télécommande la veille de son admission, sans vomissements ni signes accompagnateurs. L'examen clinique trouva un nourrisson en bon état général, conjonctives normo-colorées, examen neurologique normal. Une radiographie standard (Photo 17) montra une opacité se projetant dans l'aire gastrique, en rapport avec la pile ingérée. Le patient fut alors opéré le lendemain et a bénéficié d'une gastrotomie avec extraction de la pile (Photo 18) suivie de sutures gastriques.



Photo 17: Radiographie thoraco-abdominale montrant une opacité se projetant sur l'aire gastrique.

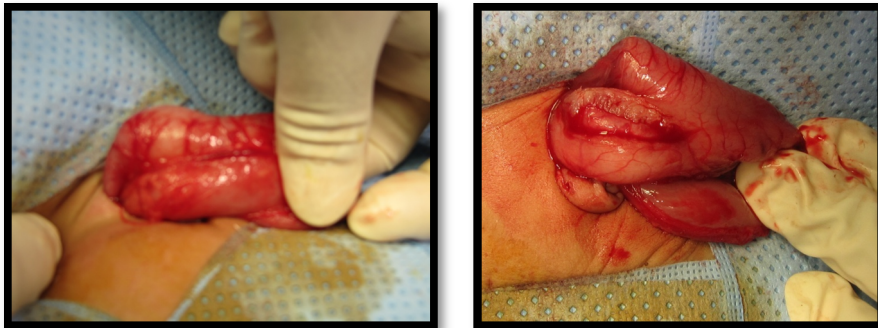


Photo 18: Vue peropératoire montrant la pile ingérée.

L'arrêt de toute alimentation a été instauré pendant 5 jours et le nourrisson a été déclaré sortant au 6^{ème} jour avec suites simples.

5.2. Plaie vulvaire:

Enfant Aziza. A, âgée de 12 ans, sans ATCD notables, qui avait présenté un traumatisme vulvaire suite à une chute à califourchon sur sa bicyclette, alors qu'elle jouait dans le jardin de sa maison. Ce qui avait occasionné une douleur vive avec saignement vulvaire, motivant ainsi sa consultation aux urgences. L'examen au bloc opératoire a révélé une plaie de la petite lèvre droite sans

lésion du méat urinaire, ni du clitoris. L'hymen étant intact (Photo 19). Nous avons procédé, après mise en place d'une sonde urinaire, à la suture de la plaie aux points séparés. La sonde vésicale a été gardée pendant 2 jours et l'enfant a été libérée au 3^{ème} jour avec rendez-vous de consultation à une semaine puis à 15 jours.



Photo 19: Vue peropératoire montrant la plaie de la petite lèvre droite.

5.3. Contusions et traumatismes thoraco abdominaux:

Cas n°1:

Enfant Khalid, âgé de 13 ans, avec ATCD de gastralgies non documentées, qui avait présenté le jour de son admission un traumatisme abdominal, alors qu'il jouait avec son vélo. L'enfant avait alors chuté et aurait reçu le guidon du vélo au niveau du flanc gauche, ce qui avait occasionné des douleurs abdominales associées à une tuméfaction de la fausse iliaque gauche. L'examen clinique trouva un enfant en bon état général, conjonctives normo-colorées, tension artérielle à 13/7, pouls à 75 battements /mn.

L'examen abdominal avait noté la présence, au niveau de la fosse iliaque gauche d'une ecchymose ronde, faisant 2 cm de grand axe, correspondant à l'empreinte du guidon. Il existait par ailleurs une tuméfaction en regard de l'ecchymose en rapport avec une éventration post-traumatique (Photo 20).

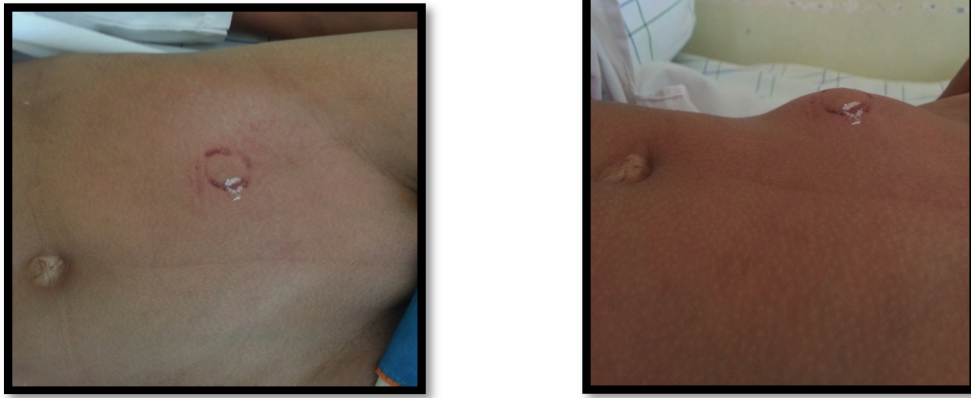


Photo 20: a- Ecchymose au niveau de la FIG b- Eventration post-traumatique.

Le bilan radiologique (ASP, échographie abdominale) était sans particularités.

L'enfant était sorti le lendemain avec rendez-vous de consultation à un mois.

Cas n° 2:

Enfant Med. L, âgé de 13 ans sans ATCD pathologiques particuliers qui s'était présenté au service des urgences chirurgicales dans un tableau de contusion thoraco-abdominale, suite à la réception d'un coup de sabot d'un taureau, au niveau de l'hypochondre droit (HCD) et flanc droit. L'accident est survenu la veille à la campagne quand l'enfant aidait sa mère à faire rentrer l'animal dans l'écurie.

L'examen clinique quelques heures après le traumatisme avait mis en évidence une ecchymose de la face dorsale de l'hémi thorax droit et du flanc droit, associé à un emphysème sous cutané thoracique.

Le bilan radiologique comprenait :

- Une radiographie pulmonaire qui a montré l'emphysème sous cutané, sans lésion de fracture de côte ni d'épanchement pleural (Figure 7).



Photo 21: Radiographie du poumon de face montrant un emphysème sous-cutané sans épanchement pleural ni fracture de côtes.

- Une échographie abdominale qui n'a pas mis en évidence de lésions intra-péritonéales ni d'épanchement.
- Une TDM thoracique mettant en évidence un foyer de contusion sous-pleural linéaire du segment antéro-basal du LID, associé à une fine lame d'épanchement scissural. Par ailleurs, il s'y associe une fracture de l'arc

moyen de la 7^{ème} et 8^{ème} côtes droites, non déplacées avec un petit hématome sous pleural en regard (Figure 9).

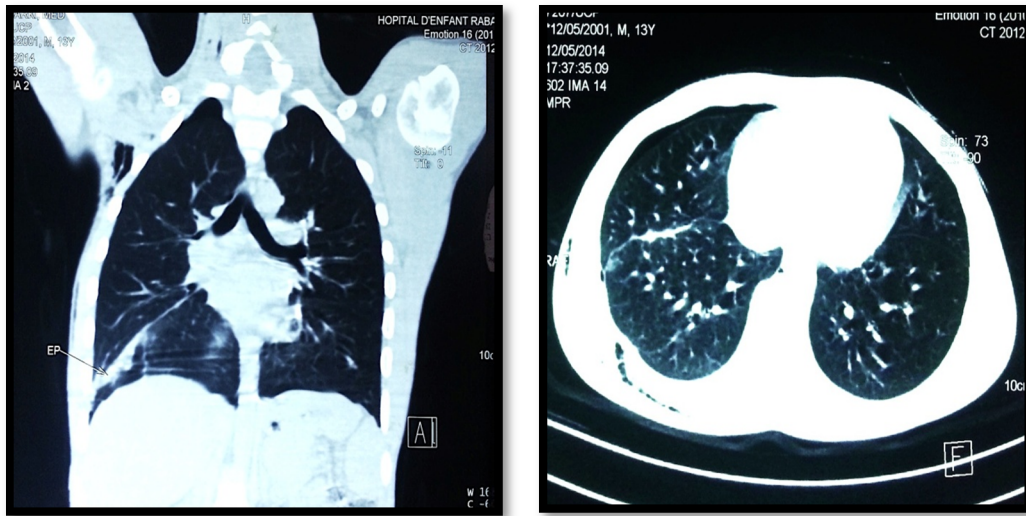


Photo 22: TDM thoracique objectivant la contusion pulmonaire avec scissurite.

L'enfant est alors mis sous antibiotiques pour la contusion pulmonaire et est déclaré sortant après 3 jours avec un rendez-vous de consultation une semaine plus tard avec un contrôle satisfaisant.



Discussion

Les accidents constituent un problème majeur de santé publique : 1ère cause de mortalité entre 1 et 18 ans, 1ère cause d'hospitalisation et de séquelles, 3ème poste de dépense de l'assurance maladie [5]. Les AcVC sont beaucoup plus fréquents que les accidents de travail, de la circulation, ou les traumatismes intentionnels [6]. Un rapport de l'OMS publié sur la prévention des accidents chez les enfants en 2008 a révélé qu'environ 950000 adolescents meurent chaque année de traumatismes [7]. Dans les pays développés, les enfants meurent plus de traumatismes qu'autre chose [8]. C'est la principale cause de mortalité et d'hospitalisation [13]. En Chine, c'était la principale cause de décès des enfants de 1 à 14 ans de 2003 à 2009 [12]. En France, on estime que 1,2 millions d'enfants par an sont victimes d'accidents domestiques [9]. Dans les pays du Maghreb, l'incidence est également élevée : 381 cas en l'an 2000 en Algérie et 1800 cas en un an à l'hôpital de Sfax en Tunisie [10,11]. Aux Etats-Unis d'Amérique, l'existence d'une base de données de surveillance des traumatismes et accidents permet d'avoir les informations sur les AcVC chez les enfants. Par contre, dans les pays en voie de développement, le manque de système de surveillance adéquat rend difficile l'acquisition d'informations fiables à propos des traumatismes et accidents. Ainsi, une évaluation précise des charges économiques et sociales liées aux accidents y semble impossible [14].

Au Maroc, la documentation et la littérature concernant les aspects épidémiologiques, évolutifs et préventifs des accidents domestiques de l'enfant sont très pauvres, ce qui contribue significativement à l'insuffisance profonde constatée en sources d'informations. En fait, ces accidents se produisent toujours dans l'indifférence quasi généralisée, tant des autorités de santé que du grand public dans notre contexte de pays en voie de développement où l'intérêt en

matière de pathologie accidentelle est donné surtout aux accidents de la voie publique [15].

Notre étude a permis de recueillir des informations relatives à la tendance des AcVC chez les enfants au service des urgences chirurgicales pédiatriques de l'hôpital d'enfants de Rabat tout au long de l'année 2014. Cet échantillon ne saurait permettre une analyse complète des aspects épidémiologiques des AcVC au plan national, dans la mesure où la majorité des patients provenaient de la région de Rabat-Salé-Kénitra et ceux des autres régions ne nous ont été transférés le plus souvent qu'en cas de complications. Cependant, elle pourrait être utile pour établir un premier état des lieux des accidents de la vie courante dans notre contexte, et ainsi contribuer à tirer la sonnette d'alarme.

Nous avons colligé 1342 dossiers de patients hospitalisés pour des traumatismes en rapport avec les AcVC, ce qui représentait environ 40% des hospitalisations toutes pathologies confondues. Les garçons et les enfants en âge scolaire étaient les plus représentés avec respectivement des pourcentages de 73% et 50,9%. Les circonstances de survenue étaient dominées par les chutes, de hauteurs variables surtout. Les lésions occasionnées étaient dominées par les fractures (41%), tout type et siège confondus et par les traumatismes crâniens (28,8%), ce qui corrobore les données de la littérature. Le séjour hospitalier était court pour la majorité des patients, ne dépassant pas les 24 heures et s'était fait au service des urgences chirurgicales pédiatriques. L'évolution était simple dans 80% des cas.

I. Population étudiée :

1. Age et sexe des enfants :

1.1. Age :

D'une façon générale, les accidents de la vie courante surviennent à tout âge. En fonction du type de traumatisme traité dans leurs études, les auteurs parviennent à des résultats différents concernant l'âge des enfants.

Une étude réalisée dans le service des urgences pédiatriques du centre hospitalier universitaire de Lille a révélé une médiane d'âge de 3ans chez des enfants victimes d'AcVC sur une période de 6 mois [16].

Dans une série comportant 1747 enfants sur l'étude épidémiologique relative aux traumatismes crâniens en Angleterre, C. Hawley et al. ont trouvé 61% d'enfants de moins de 5 ans, avec une plus forte incidence chez les nourrissons [18]. Durant l'année 2006, les interventions de SOS Médecins Bordeaux ont constaté que 55% des traumatismes crâniens concernaient des enfants de moins de 3 ans et 42% avaient moins de 2ans [19].

Les résultats de Valerio et al sur les fractures chez l'enfant durant 6 mois ont révélé un pourcentage de 79,1% d'enfants de plus de 6 ans [20]. Pour Ali Khaji et al, à propos du même type de lésion, les résultats étaient en faveur des plus grands également avec un pourcentage de 77,62% des enfants d'âge scolaire. Cette étude a été réalisée sur une année, dans six hôpitaux, incluant toutes les causes des fractures à propos de 1274 cas [21].

En Afrique du Sud, Wasson et al ont fait une étude sur 9438 patients portant sur les brûlures en pédiatrie avec les données d'un hôpital s'étalant sur 15 ans. Les résultats ont montré une nette prédominance des enfants de 0-4 ans avec une représentation de 79% [22].

Dans une cohorte de 361 patients, I. Claudet et al ont trouvé 55 % d'enfants âgés de 1 à 5 ans victimes de doigts de porte [23].

Dans notre étude, la médiane d'âge était de 7 ans. Il conviendrait d'étudier l'âge des patients en fonction des lésions incriminées car la majorité des études ciblent un traumatisme unique. De façon succincte, nous pouvons remarquer que les traumatismes crâniens, les doigts de porte et les brûlures sont l'apanage du nourrisson. Ce qui est vérifié dans notre étude car ils représentaient 47% des traumatismes crâniens, 56,2% des doigts de porte et 61,3% des brûlures. Quant aux fractures et les traumatismes bipolaires, ils sont beaucoup plus fréquents chez les plus grands enfants comme c'était le cas dans notre étude avec 76,5% d'enfants de plus de 6 ans parmi toutes les fractures et 44,8% de tous les traumatismes bipolaires.

1.2. Sexe :

Les AcVC chez les enfants ne concernent pas les deux sexes de la même manière. D'une façon quasi systématique, les études révèlent une nette prédominance masculine. Ceci pourrait être expliqué par le caractère des garçons, leurs centres d'intérêt et habitudes comportementales différents de ceux des filles. Les garçons sont plus attirés par le sport que les filles. Ils aiment pratiquer et jouer en équipe tout en cherchant à montrer leurs dons personnels et leur rôle individuel dans l'atteinte des résultats positifs. En outre, ils sont

toujours à la recherche d'activités où une hiérarchie peut être établie, où il y a un vainqueur et un vaincu [24].

Dans une étude rétrospective faite en Tunisie incluant 222 enfants avec un traumatisme crânien sévère et s'étendant sur une période de 8 ans, il y avait 73,4% de garçons et 26,6% de filles [25].

Dans leur étude, Michelle Miker et al ont trouvé 63% de garçons et 37% de filles [26].

En Turquie, une étude en 2014 a rapporté une prédominance masculine avec 72,8% de sexe masculin versus 27,2% de sexe féminin [27].

La série publiée d'Alexander M. Wood et al a révélé une grande représentation masculine avec un pourcentage de 87% [28].

Une étude faite au Canada a noté également une prédominance masculine à raison de 70% [29].

Concernant nos résultats, nous pouvons aisément constater qu'ils sont en accord avec ceux de la littérature avec un pourcentage de 73% pour les garçons contre seulement 27% de filles.

Tableau 4: Fréquence de l'atteinte des garçons en fonction des séries.

Séries	% Masculin	% Féminin
Mabrouk Bahloul et al.[25]	73,4%	26,6%
Michelle Miker et al.[26]	63%	37%
Ali Kocyigit et al.[27]	72,8%	27,2%
Alexander M.Wood et al.[28]	87%	13%
Maria Giannotti et al.[29]	70%	30%
Notre série	73%	27%

2. Répartition saisonnière :

Les traumatismes sont fonction de la mobilité infantile. Plus le climat est favorable, plus les enfants sont à même de satisfaire leur désir de bouger, de jouer et s'épanouir, tout ceci en faveur d'une hausse de la probabilité de survenue des accidents de la vie courante. De cette façon, l'été et le printemps arrivent en tête des saisons de forte prévalence des accidents. Ceci était vérifié dans notre étude, puisque l'été regroupait le plus grand pourcentage d'accidents avec 31%, suivi du printemps avec 26%, l'automne et enfin l'hiver avec respectivement 25% et 18%.

La répartition annuelle des accidents est globalement harmonieuse. Mais nous pouvons nous interroger sur les mois de l'été (surtout août) qui sont les mois les plus prolifiques de l'année en matière d'accident. Nous pouvons penser que les accidents domestiques, qui ont lieu essentiellement à l'intérieur du domicile, diminuent l'été au profit des accidents de loisirs (jeux de plein air, mer) ou de sport [30].

II. Circonstances et lésions:

1. Les chutes:

Les chutes sont l'une des principales causes de dommages parmi les affections globales chez les enfants, du fait qu'elles sont responsables de plus de 37000 décès annuels chez les moins de 15 ans [31; 32; 33].

Dans plusieurs études les chutes étaient les principales causes d'accidents chez les enfants [36, 37, 38].

Après les accidents routiers, les chutes sont les causes majeures de décès de traumatismes non intentionnels à travers le monde [45].

Au sein des pays de l'union européenne, les chutes sont les premières causes de consultations aux services d'urgences et d'hospitalisation chez les enfants, mais aussi la 4^{ème} cause de mortalité infantile [34].

Aux USA, elles représentent la cause d'accidents domestiques d'enfants la plus courante, responsables de plus de 1,5 millions de traumatismes par an [35].

Elles s'observent de façon homogène chez les filles comme les garçons mais, en fonction des mécanismes, nous pouvons constater une prédominance pour un type de sexe ou une tranche d'âge précise. C'est ainsi que les chutes de mobiliers, de jouets sont plus fréquentes chez les petits enfants tandis que les chutes sportives s'observent beaucoup plus chez les grands enfants.

Dans notre étude, les chutes arrivent largement en tête des circonstances des accidents de avec un pourcentage de 71%, ceci en accord avec les données de la littérature.

En fonction des mécanismes, nous avons réparti les chutes en 7 groupes: les chutes de hauteur variable non précisée; les chutes de sa hauteur; les chutes d'escaliers; les chutes d'un mobilier; les chutes de jouets et puériculture; les chutes de sport et les autres types de chutes.

Certains auteurs comme Freeman et al, Wang et al ont utilisé une classification des mécanismes des chutes en fonction de l'importance de la hauteur. L'équipe de Freeman a constitué 3 groupes: les chutes de sa hauteur, les chutes de petite hauteur ($< 3\text{m}$) et les chutes de grande hauteur ($\geq 3\text{m}$) [39].

L'équipe de Wang quant à elle, a considéré deux situations pour l'étude de ses 729 cas de chutes: les chutes de petite hauteur en deçà de 5m et celles de grande hauteur à partir de 5m. Selon les résultats de cette dernière, 53,9% des cas de chutes étaient de grande hauteur et 46,1% de petite hauteur [40].

Dans l'étude de S. Kafadar et H. Kafadar, on retrouvait 55,7% de chutes de petite hauteur, 13,2% de chutes de grande hauteur et 31,1% de chutes de sa hauteur [41].

De telles classifications étaient moins aisées à réaliser dans notre contexte, du fait de la diversité des situations de chutes et la non objectivité relative à l'évaluation parentale des hauteurs.

La sévérité des traumatismes suites aux chutes, facteur de la mortalité et de la morbidité, dépend de l'importance de la hauteur de la chute, de la nature de la surface de l'impact et de la vitesse de chute [39; 42; 43]. Les dommages augmentent donc proportionnellement avec la hauteur et la verticalité des chutes [43; 44].

Des études ont révélé que 54 à 60% des chutes étaient observées en été [46]. Ceci est en accord avec les résultats de notre étude et pourrait être lié à l'augmentation de l'activité physique des enfants durant l'été [41].

Somme toute, l'étude de la classification des chutes conduit à des résultats différents en fonction des types des mécanismes choisis. Cependant, la majorité des auteurs s'accordent à considérer les chutes comme principale circonstance des accidents de la vie courante chez l'enfant. Les lésions qui en découlent sont diverses, mais principalement constituées des traumatismes crâniens, les fractures, les traumatismes bipolaires et les traumatismes thoraco-abdominaux.

2. Les traumatismes crâniens:

Le traumatisme crânien (TC) ou le traumatisme crânio-cérébral ou encore crânio-encéphalique est défini comme une agression mécanique directe ou indirecte au cerveau qui peut entraîner une diminution immédiate ou ultérieure, ou une altération des états de conscience allant de la simple obnubilation jusqu'au coma [47].

Les traumatismes crâniens sont très fréquents chez l'enfant et constituent un véritable facteur de morbidité et de mortalité [48].

Pendant les 30 dernières années, l'incidence annuelle des traumatismes crâniens à travers le monde était de 100 à 790 pour 100000 habitants [51-52]. Il existe une large variété des résultats, qui serait essentiellement due à la différence des définitions accordées au traumatisme crânien ou cérébral, mais également du fait de la diversité des moyens de collecte des données statistiques et épidémiologiques [18].

Les données épidémiologiques aux Etats-Unis montrent que les TC sont responsables du décès de plus de 2000 enfants de moins de 14 ans par an, qu'ils engendrent environ 35000 hospitalisations et 470000 consultations aux services d'accueil des urgences pédiatriques [49-50].

L'incidence des TC en France était de 294 pour 100 000 enfants de moins de 15 ans, elle était maximale (350 pour 100 000) chez l'enfant de moins de 1 an [55].

Une étude britannique des admissions pour traumatisme crânien léger chez les enfants de 0 à 15 ans a trouvé un taux d'incidence annuelle de 232 pour 100000 [54]. Le TC correspond à 35,3% des traumatismes chez Cheng and al [56].

Dans notre série, les TC représentaient 28,8% des lésions. Comme cela fut constaté dans plusieurs études, les nourrissons étaient les plus touchés par les traumatismes crâniens [18-19]. Ceci est en accord avec nos résultats, puisque 47% des traumatisés crâniens avaient entre 0 et 2 ans, ce qui représentait la grande majorité.

Toute la difficulté de la définition du traumatisme crânien est d'en préciser la gravité, c'est-à-dire le risque de survenue de lésion intracrânienne nécessitant un traitement médical et/ou neurochirurgical approprié. Un deuxième degré de difficulté consiste à adapter ces définitions, classifications et les stratégies de prise en charge qui en découlent aux caractéristiques particulières de l'enfant [57].

La classification la plus couramment adoptée pour évaluer la gravité d'un TC repose sur l'évaluation de l'état de conscience à l'examen initial par le Score de Glasgow (Glasgow Coma Scale GCS) [47]. Il est difficile à appliquer aux jeunes enfants et aux nourrissons, même s'il existe plusieurs adaptations pédiatriques du score de Glasgow. Des exemples d'adaptation de ce score sont illustrés par les tableaux 4, 5, 6. Aucune adaptation n'a été véritablement validée chez l'enfant [58-59].

Tableau 5: Score de Glasgow pédiatrique [60].

Standard	Échelle de Glasgow	Enfant
Ouverture des yeux		
Spontanément	4	Spontanément
Aux stimuli verbaux	3	Aux stimuli verbaux
Aux stimuli douloureux	2	Aux stimuli douloureux
Aucune réponse	1	Aucune réponse
Réponse verbale		
Orienté et parle	5	Mots appropriés, sourit, fixe et suit
Désorienté et parle	4	Pleure, consolable
Paroles inappropriées	3	Pleure, inconsolable
Sons incompréhensibles	2	Gémit aux stimuli douloureux
Aucune réponse	1	Aucune réponse
Réponse motrice		
Répond aux demandes	6	Mouvements spontanés intentionnels
Localise la douleur	5	Se retire au toucher
Se retire à la douleur	4	Se retire à la douleur
Flexion à la douleur	3	Décortication : flexion anormale
Extension à la douleur	2	Décérébration : extension anormale
Aucune réponse	1	Aucune réponse

Tableau 6: score de Glasgow pédiatrique (d'après Simpson & Reilly) [61]

> 1 an		< 1 an	
4	Spontanée	Spontanée	
3	à l'appel	aux cris	
2	à la douleur	à la douleur	
1	aucune	aucune	
Meilleure réponse motrice			
> 1 an		< 1 an	
6	exécute les ordres	mouvements spontanés	
5	réaction bien orientée	réaction bien orientée	
4	rétraction à la douleur	rétraction à la douleur	
3	flexion à la douleur	flexion à la douleur	
2	extension à la douleur	extension à la douleur	
1	aucune	aucune	
Meilleure réponse verbale			
> 5 ans		> 1 an	< 1 an
5	Orienté	mots incompréhensibles	Babille
4	désorienté	mots incompréhensibles	pleurs, consolable
3	mots incohérents	pleurs persistants, inconsolable	pleurs persistants, inconsolable
2	incompréhensible	gémissements	gémissements
1	aucune	aucune	aucune

Tableau 7: score de Glasgow en fonction de l'âge [62]

Annexe A. Score de Glasgow en fonction de l'âge		
Echelle de Glasgow standard (> 5 ans)	Echelle de Glasgow de 2 à 5 ans	Echelle de Glasgow de 0 à 2 ans
Ouverture des yeux : 4 - spontanément 3 - aux stimuli verbaux 2 - aux stimuli douloureux 1 - aucune réponse	Ouverture des yeux : 4 - spontanément 3 - aux stimuli verbaux 2 - aux stimuli douloureux 1 - aucune réponse	Ouverture des yeux : 4 - spontanément 3 - aux stimuli verbaux 2 - aux stimuli douloureux 1 - aucune réponse
Réponse verbale : 5 - est orienté et parle 4 - est désorienté et parle 3 - paroles inappropriées 2 - sons incompréhensibles 1 - aucune réponse	Réponse verbale : 5 - mots appropriés, sourit, fixe, suit du regard 4 - mots appropriés, pleure, est consolable 3 - hurle, est inconsolable 2 - gémit aux stimuli douloureux 1 - aucune réponse	Réponse verbale : 5 - agit normalement 4 - pleure 3 - hurlements inappropriés 2 - gémissements (grunting) 1 - aucune réponse
Réponse motrice : 6 - répond aux demandes 5 - localise la douleur 4 - se retire à la douleur 3 - flexion à la douleur (décortication) 2 - extension à la douleur (décérébration) 1 - aucune réponse	Réponse motrice : 6 - répond aux demandes 5 - localise la douleur 4 - se retire à la douleur 3 - flexion à la douleur (décortication) 2 - extension à la douleur (décérébration) 1 - aucune réponse	Réponse motrice : 6 - mouvements spontanés intentionnels 5 - se retire au toucher 4 - se retire à la douleur 3 - flexion à la douleur (décortication) 2 - extension à la douleur (décérébration) 1 - aucune réponse

Simple d'emploi, il est le score le plus universellement connu. En fonction du score de Glasgow, on distingue trois stades de gravité des TC.

- Les *TC graves* pour les patients dont le GCS est inférieur ou égal à 8.
- Les *TC modérés* pour les patients ayant un GCS compris entre 9 et 12.
- Les *TC bénins* ou *mineurs* pour les patients ayant un GCS de 13 à 15. [63]

Cependant, beaucoup d'auteurs s'accordent sur le fait que 90% des traumatismes crâniens sont bénins [51-53]. Ceci pourrait se vérifier dans notre étude car la moitié des patients admis pour TC n'a été hospitalisée que pour une durée de moins de 24 heures (51,3%), le temps de la réalisation des bilans et une petite surveillance. L'évolution était bonne dans la majorité des cas (62%).

3. Les fractures:

Une fracture est définie comme étant une rupture de continuité ou cassure d'un os du corps humain. Les fractures de l'enfant représentent le quart de l'ensemble des traumatismes de l'enfant et un motif fréquent de consultation aux urgences chirurgicales pédiatriques [94].

Environ un tiers de tous les enfants souffrent au moins d'une fracture avant l'âge de 17 ans (Cooper et al. 2004). Pour la plupart des auteurs, elles se révèlent particulièrement fréquentes chez les enfants de 8 à 14 ans [67], comme c'était le cas dans notre série, car 76,5% des enfants fracturés avaient plus de 6 ans.

Une incidence de 16.1/1000 par an dans la série d'Andrew D Stark en 2002 [68]. Une incidence de 20.1/1000 par an dans la série d'Erik M Hedström [66].

Les fractures des extrémités sont les plus fréquentes dans 75% des cas; elles sont rarement mortelles mais peuvent entraîner une invalidité importante [67]. Les fractures de l'enfant s'observent majoritairement au niveau du membre supérieur avec des pourcentages variant de 82.2 % et 85,5% dans les séries de Rennie et al. 2007, d'Alexander M.Wood et al. 2010, D.Fissel.2005.

Les étiologies sont dominées par les chutes [17]. Elles ont été classées chez la majorité des auteurs comme première cause de fractures d'enfant [17, 65].

Dans notre étude, les chutes étaient responsables des fractures dans 82% des cas. Dans la série d'Erik M. Hedstrom et al, 72% des fractures survenaient suite à des chutes puis en augmentant avec l'âge, les accidents de vélo et de sport venaient en premier lieu [66].

Le traitement de la fracture chez l'enfant est à priori satisfaisant du point de vue de la richesse des structures osseuses dont il dispose. Il est soit orthopédique soit chirurgical et va de la simple immobilisation à la réduction chirurgicale. La douleur doit être contrôlée en premier lieu par l'administration d'antalgique voire la réalisation d'une anesthésie locorégionale [69].

L'évolution est le plus souvent favorable. Dans notre étude, le traitement orthopédique a été réalisé chez 85,8% des enfants et l'évolution fut simple 85,1% des patients.

4. Les brûlures:

La brûlure est définie comme la destruction traumatique de la peau et des tissus sous-jacents par un processus qui est thermique (90 %), électrique (de 5 à 7 %), chimique (de 3 à 5 %), mécanique (dermabrasion) et exceptionnellement radiologique. Soixante à 70 % des accidents surviennent à la maison; de 20 à 25 % sont en relation avec le travail. Les tentatives de suicide et les accidents de trafic sont des étiologies moins fréquentes, représentant respectivement de 3 à 5 % des admissions. Un brûlé sur trois est âgé de moins de 15 ans [88].

Les brûlures représentent une charge significative des traumatismes pédiatriques [70]. Selon l'OMS, plus de 47000 enfants de moins de 15 ans sont décédés suite à des brûlures à travers le monde en 2008 [71]. La mortalité liée aux brûlures chez les enfants est plus prononcée dans les pays en voie de

développement. En effet, 90% des décès liés aux brûlures surviennent dans ces pays [72]. C'est donc en Afrique, selon l'OMS, que ce taux est le plus élevé avec 7,03 décès pour 100000 enfants [71].

En 2004, 11 millions de personnes ont bénéficié de soins médicaux pour des lésions de brûlures (4ème cause globale des traumatismes) [73]. Dans la même période, les brûlures de moins de 20% de surface corporelle survenaient chez 153 pour 100000 enfants de moins de 15 ans [73], et 8 pour 100000 enfants ont été hospitalisés pour traitement à travers le monde [74].

En Angleterre, 5000 enfants sont admis chaque année, équivalent à 8 enfants par jour pour cause de brûlures évitables [77].

Les plus jeunes enfants, spécialement ceux de moins de 5 ans ont la plus forte incidence de survenue des brûlures accidentelles [75, 76].

Dans la série de Verey et al, comportant 1480 brûlés en 2014, 56,1% des patients étaient de sexe masculin et 74,7% avaient moins de 5 ans [78].

Nous avons trouvé un pourcentage de 60,2% de garçons et 61,3% de nourrissons parmi la population victime de brûlures dans notre étude, ce qui est en accord avec les données de la littérature. Plusieurs études s'accordent à considérer les enfants de moins de 5 ans comme étant une population à haut risque [79; 80; 81], suivis des adultes jeunes [82, 83, 84, 85]. Par ailleurs, beaucoup d'auteurs considèrent dans la littérature globale que les brûlures sont les uniques traumatismes non intentionnels que les filles ont plus que les garçons [72].

La cause commune des brûlures est le renversement de substances chaudes sur les enfants, selon les descriptions de la littérature [81, 86].

Parmi nos patients, 83% furent brûlés par des liquides chauds, 13% par des flammes et 4% par câble électrique. Une étude marocaine menée en 2011 à l'Hôpital Militaire d'Instruction Mohammed V de Rabat a déduit que les bouteilles de gaz domestiques étaient de véritables bombes à retardement dans chaque maison, quant aux brûlures qu'elles occasionnent [87].

La gravité des brûlures repose sur la nature de la cause, l'importance de la surface corporelle le degré de profondeur et le terrain. L'évaluation de la surface corporelle est facilitée par les règles de 9 de Wallace (figure 50). Mais cette méthode est moins précise pour l'enfant. La table de Lund et Browder est plus efficace pour évaluer la surface brûlée chez l'enfant. Une appréciation clinique initiale permet de déterminer de degré de la brûlure.

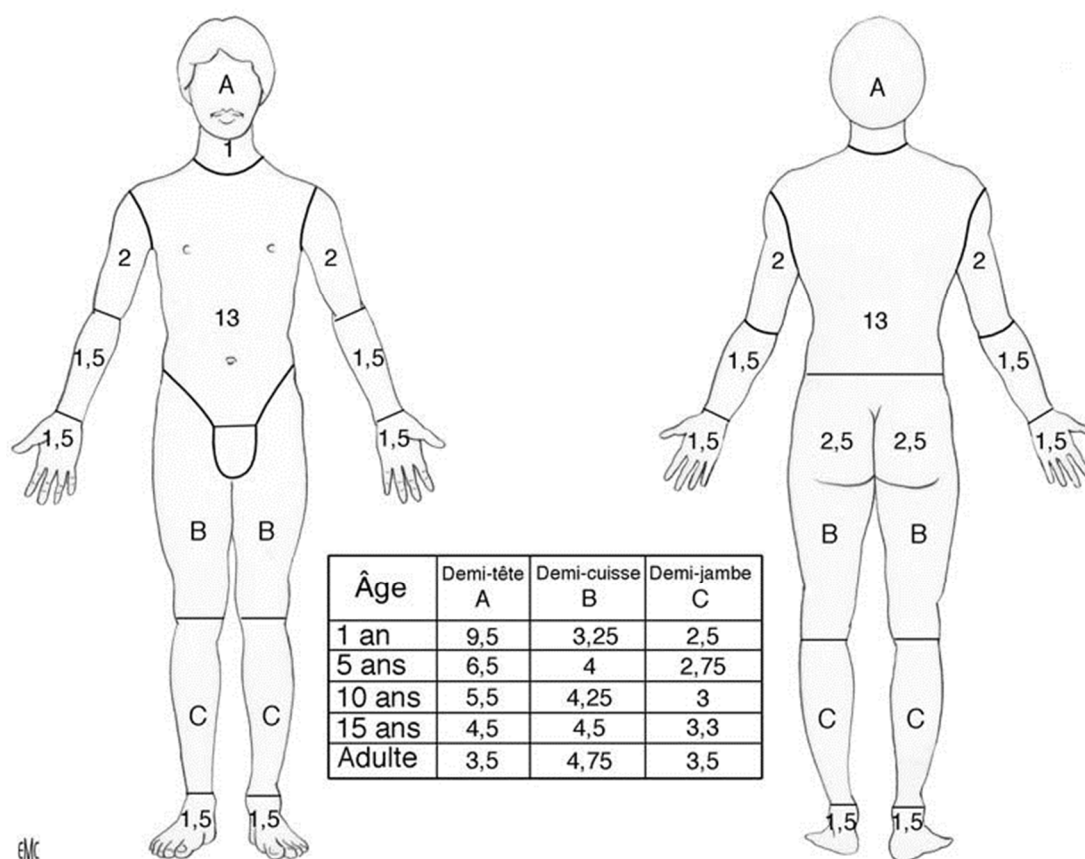


Figure 52: Calcul des surfaces corporelles brûlées. Les chiffres expriment des pourcentages de la surface corporelle totale [88].

Age =	0-1 an	1-4 ans	5-9 ans	10-15 ans	adulte
Tête	19%	17%	13%	10%	7%
Cou	2%	2%	2%	2%	2%
Tronc. ant.	13%	13%	13%	13%	13%
Tronc. post.	13%	13%	13%	13%	13%
Fesse (chaque)	2,5%	2,5%	2,5%	2,5%	2,5%
Org. Gen. Ext.	1%	1%	1%	1%	1%
Bras (chaque)	4%	4%	4%	4%	4%
Av - bras (chaque)	3%	3%	3%	3%	3%
Main (chaque)	2,5%	2,5%	2,5%	2,5%	2,5%
Cuisse (chaque)	5,5%	6,5%	8,5%	8,5%	9,5%
Jambe (chaque)	5%	5%	5,5%	6%	7%
Pied (chaque)	3,5%	3,5%	3,5%	3,5%	3,5%
Localisation	enfant				adulte

Figure 53: Evaluation de la surface brûlée selon la table de Lund et Browder.

Etant considérée comme une agression locale à retentissement général, la brûlure nécessite une prise en charge délicate, recourant souvent au service de réanimation. Dans notre étude, les brûlés ont séjourné en réanimation dans 18,3% des cas, et pour le reste des cas, dans les services de chirurgie, sachant que la majorité des patients avaient des brûlures relativement étendues (la surface brûlée était comprise entre 11 à 40% de surface corporelle chez 62% des enfants).

5. Les pincements et doigts de porte:

Les traumatismes des extrémités digitales et de l'appareil unguéal sont fréquents chez le jeune enfant et représentent l'une des premières causes de consultation aux urgences traumatologiques pédiatriques. Leur incidence est estimée à 3,5 % des accidents domestiques de l'enfant. L'écrasement dans une porte ou une portière représente l'étiologie habituelle, dans trois cas sur quatre, réalisant le classique « doigt de porte » [89]. Ce fut la principale étiologie dans notre étude, avec 66 portes incriminées parmi les 89 patients que nous avons admis. Ces traumatismes peuvent associer des lésions cutanées pulpaire, des lésions osseuses et des lésions de l'appareil unguéal [91]. Leur degré de gravité est très variable, allant du simple hématome sous-unguéal à la véritable amputation distale [89].

De réputation faussement bénigne, suscitant peu d'intérêt, cet accident douloureux plus souvent domestique est très fréquent [70, 90]. Selon les études, la moyenne d'âge variait de 4 à 6 ans et 50 à 60 % des doigts coincés dans une porte concernaient des enfants âgés de moins de 5 ans [92, 93]. Nous avons également trouvé que cette catégorie d'enfants était la plus touchée dans notre étude puisque 87,7% des patients admis pour doigt de porte avaient moins de 6 ans, dont 56,2% de nourrissons.



Conclusion

Longtemps sous-estimés, les accidents de la vie courante chez l'enfant constituent de nos jours un véritable problème de santé publique dans la majorité des pays développés. Dans les pays en voie de développement, la priorité est encore accordée aux accidents de la voie publique et aux pathologies infectieuses. Pourtant, les AcVC n'en demeurent pas moins fréquents et dangereux.

Les AcVC concernent tous les enfants mais, comme nous l'avons constaté à travers notre étude, les garçons représentent une population plus à risque avec un peu plus du double de la population féminine (73%). Nous avons tendance à constater que le risque de survenue des accidents croît considérable avec le développement physique des enfants donc leur mobilité. En effet 50,9% des enfants avaient plus de 6 ans.

Notre travail a permis de mettre le point sur le fait que :

- Les chutes viennent en tête des causes des traumatismes chez l'enfant (71% des causes dans notre série);
- L'âge des enfants plus vulnérables est différent en fonction de la lésion occasionnée: les traumatismes crâniens, brûlures et doigts de porte sont l'apanage des plus petits tandis que les fractures et les autres types de lésions sont beaucoup plus fréquents chez les plus grands enfants.
- Les mois chauds de l'année sont les plus à risque pour les enfants. Nous avons constaté que 31% des accidents avaient eu lieu en été.

Il s'impose une sensibilisation des personnels et de l'opinion publique en vue de la vulgarisation et la médiatisation de cette catégorie d'affections traumatiques chez les enfants pour une meilleure diffusion des données épidémiologiques. Ceci non seulement pour attirer toute l'attention nécessaire à y accorder un intérêt particulier, et aussi motiver les investissements en matière de promotion de la prévention des accidents de la vie courante chez l'enfant et même adultes et personnes âgées qui sont tout aussi bien concernés de façon directe ou indirecte par les retombées de ces accidents.



Résumés

Résumé

Titre: Profil épidémiologique des accidents de la vie courante chez l'enfant (à propos de 1342 cas).

Auteur: Nasser DOUKOURE.

Rapporteur: Pr Houda OUBEJJA.

Mots clés: Traumatisme – accident – vie courante – enfant – épidémiologie

Les traumatismes en rapport avec les accidents de la vie courante sont très fréquents chez l'enfant et constituent les principaux motifs de consultation et d'hospitalisation en chirurgie pédiatrique. Ils constituent un problème de santé publique dans de nombreux pays.

Notre travail est une étude épidémiologique rétrospective réalisée au sein du service des Urgences Chirurgicales Pédiatriques de l'hôpital d'enfants de Rabat, sur une période d'une année (2014). Nous avons traité 1342 dossiers d'enfants hospitalisés pour des traumatismes en rapport avec les accidents de la vie courante.

La médiane d'âge était de 7ans: 7ans [3; 12]. Les garçons représentaient 73% des patients. Les enfants de plus de 6 ans étaient les plus touchés, 50,9%.

Les mois chauds de l'été ont enregistré plus de traumatismes soit 31%, et les circonstances des accidents étaient dominées par les chutes (71%). Les principales lésions étaient les fractures (41%), les traumatismes crâniens (28,8%), les traumatismes bipolaires (8,6%), les brûlures (6,9%) et les doigts de porte (6,6%). Les autres lésions (8%) comprenaient les plaies des organes génitaux externes et du périnée (2,1%), les plaies des membres (3%), les plaies et contusions thoraco abdominales (2,5%) et les corps étrangers (0,4%).

L'évolution était simple dans la majorité des cas (80%).

Abstract

Title: Epidemiologic profile of child accidents in daily life (concerning 1342 study cases)

Key words: Traumatism - accident - daily life - child - epidemiology.

Reporter: Pr. Houda OUBEJJA

Author: Nasser DOUKOURE.

Daily life accidents among children are very frequent and constitute the main motives of consultation and hospitalisation in paediatric surgery. It constitutes a public health problem in several countries.

Our study is a retrospective epidemiological study carried out at the paediatric emergency surgical department of Children Hospital (Hôpital d'enfant) Rabat, during a period of one(1) year. We analysed 1342 files of admitted children for traumas related to daily life accidents that led to hospitalization.

The median age was 7years: 7years [3; 12]. Boys represented 73% of the total patients. Children above 6years were the most affected, thus 50.9%.

Summer recorded most of the traumas (31%), and the main circumstances for the cause were falls (70%). The main lesions were fractures (41%), cranial traumas (28.8%), bipolar trauma (8.6%), burns (6.9%) and finger injuries due to gate(6.6%). Other lesions (8%) were comprised of wounds of the external genital organs and of the perineum(2.1%), wounds of the limbs, wounds and thoraco abdominal contusions (2.5%), and foreign bodies (0.4%). The progression was simple in most of the cases (80%).

ملخص

العنوان: المظاهر الوبائية لحوادث الحياة اليومية عند الأطفال، بصدد 1342 حالة.

من طرف: ناصر دوكوري

المؤطرة: هدى أوبجة

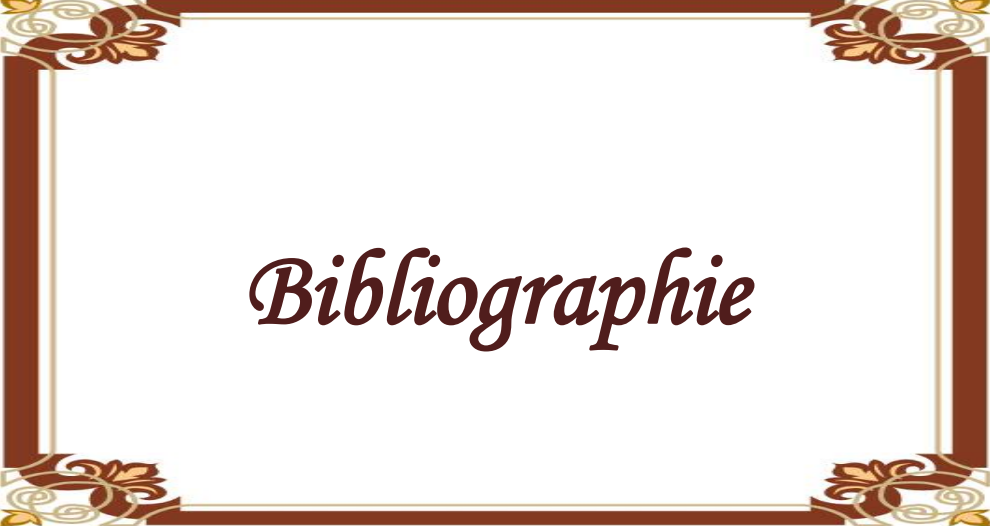
الكلمات الأساسية: إصابة، حوادث، الحياة اليومية، الطفل، علم الأوبئة.

الإصابات المتصلة بحوادث الحياة اليومية شائعة جدا بين الأطفال و هي الأسباب الرئيسية للإستشارة الطبية و الاستشفاء في مصلحة جراحة الأطفال. وهي مشكلة صحية عامة في العديد من البلدان.

قمنا بدراسة وبائية بأثر رجعي في قسم الطوارئ الجراحية للأطفال بمستشفى للأطفال الرياط، على مدى سنة واحدة (2014). قمنا بدراسة 1342 حالة للأطفال تم استشفائهم لإصابات الحوادث في الحياة اليومية.

كان متوسط العمر 7 سنوات (ما بين 3 و 12 سنة)، وشكل الأولاد 73% من المرضى. وكان الأطفال أكثر من 6 سنوات من العمر أكثر تضررا بنسبة 50.9%.

سجلت أشهر الصيف الحارة أكثر عدد من الإصابات ب 31%. في 71% من الإصابات، كان تم لابسات الحاد تتتمثل في السقوط. وكانت الإصابات الرئيسية هي الكسور (41%)، صدمات الرأس (28.8%)، والإصابات المزدوجة (8.6%)، والحروق (6.9%) والأصابع (6.6%). وتشمل الآفات الأخرى (8%) جروح الأعضاء التناسلية الخارجية والعجان (2.1%)، جروح الأعضاء (3%) جروح و كدمات البطن و الصدر (2.5%) والأجسام الغريبة (0.4%). كان التطور بسيط في معظم الحالات (80%).



Bibliographie

- [1]. Organisation mondiale de la santé. Définition. In Annales de Pédiatrie, 1999 ; 46, n : 5, p : 293.

- [2]. B. Thélot. Épidémiologie des accidents de la vie courante chez l'enfant. Elsevier Masson SAS. Archives de Pédiatrie 2010;17:704-705.

- [3]. Lavaud J. Accidents chez l'enfant. EMC (Elsevier SAS, Paris), Pédiatrie, 4-002-G-60, 2006.

- [4]. Comité éditorial pédagogique de l'UVMaF (Université médicale virtuelle francophone). Les accidents domestiques. Document 2011/2012.

- [5]. B. Chevallier et al. /Archives de pédiatrie 10 Suppl. I (2003) 177s~184s

- [6]. Richard JB, Thélot B, Beck F. Accidents de la vie courante 2010. Résultats du Baromètre santé 2010, Inpes, 2012, 24 p.

- [7]. Peden M, Oyegbite K, Ozanne-Smith J, et al. World report on child injury prevention. Geneva: World Health Organization, 2008.

- [8]. World Health Organization, 2005. Child and Adolescent Injury Prevention: A Global Call to Action. World Health Organization, Geneva.

- [9]. Felix M, Tursz A. Les accidents domestiques de l'enfant: un problème majeur de santé public. Paris: Ed. Syros-alternatives; 1991. p. 101—8.

- [10]. Ministère de la Santé publique et de la Réforme hospitalière. Coopération internationale de prévention des traumatismes : une approche globale des stratégies locales. VIe séminaire international de prévention des traumatismes et de la promotion de sécurité. Annaba, Algérie, novembre 2005.

- [11]. Rekik A, Zouari A, Khaldi O, et al. Profil épidémiologique des accidents de l'enfant en Tunisie. *Pédiatrie* 1989;44:721—4.

- [12]. Ministry of Health of China. China's Health Statistics Yearbook of 2004-2010. Beijing: Peking Union Medical University Press, 2004-2010. (In Chinese)

- [13]. Currie, J., Hotz, V.J., 2004. Accidents will happen? Unintentional childhood injuries and the effects of child care regulations. *Journal of Health Economics* 23, 25—59.

- [14]. HU Ming, female, born in 1977, Ph.D, majoring in children and adolescent injury prevention and control. *Biomed Environ Sci*, 2012; 25(4): 407-412

- [15]. Mostafa Rafai et al. Pan African Medical Journal. 2015; 20:28
doi:10.11604/pamj.2015.20.28.5760
- [16]. V. Hue, J. Coeugnart-Vanhoucke, F. Dubos, et al / Archives de Pédiatrie
2011;18:1227-1232
- [17]. Houda OUBEJJA, R. Razine, Hicham Zerhouni, et al. Profil
épidémiologique des enfants victimes d'accidents de la vie courante,
hospitalisés à l'hôpital d'enfants de Rabat, Maroc. International Journal of
Innovation and Scientific Research ISSN 2351-8014 Vol. 17 No. 1 Aug.
2015, pp. 69-76.
[http:// www.ijisr.issr-journals.org/](http://www.ijisr.issr-journals.org/)
- [18]. C. Hawley et al. / Injury, Int. J. Care Injured 44 (2013) 1855–1861
- [19]. **Laurent DUVERDIER** . Prise en charge ambulatoire des traumatismes
crâniens bénins de l'enfant par SOS Médecins Bordeaux. Une enquête
d'évaluation des pratiques professionnelles sur 11 mois d'activité. *Thèse
de médecine de l'université VICTOR SEGALEN BORDEAUX 2*. 2007.
- [20]. Giuliana Valerio et al. Pattern of fractures across pediatric age groups :
analysis of individual and lifestyle factors. Valerio et al. BMC Public
Health 2010, 10 :656. [http:// www.biomedcentral.com/1471-2458/10/656](http://www.biomedcentral.com/1471-2458/10/656)

- [21]. Ali Khaji, Mousa Zargar and Mojgan Karbakhsh. Extremity fractures in children: a hospital based study in Tehran. *Chinese Journal of Traumatology* 2010 ; 13 (4): 217-221.
- [22]. H.K.H. Wesson et al. / *Injury, Int. J. Care Injured* 44 (2013) 1477–1482.
- [23]. I. Claudet et al. / *Archives de pédiatrie* 14 (2007) 958–963
- [24]. Sophie Ruel-Traquet. Filles et garçons. Loisirs culturels et différenciation de genre dans l'enfance. *Enfance & Cultures. Actes du colloque international, Ministère de la Culture et de la Communication- Association internationale des sociologues de langue française- Université Paris Descartes, 9es Journées de sociologie de l'enfance, Paris, 2010.*
<http://www.enfanceetcultures.culture.gouv.fr/>
- [25]. **Mabrouk Bahloul , Chokri Ben Hamida , Hedi Chelly et al.** Severe head injury among children: Prognostic factors and outcome. *Int. J. Care Injured* 40. 2009; 535–540.
- [26]. Michelle M. Kiser et al. Epidemiology of pediatric injury in Malawi : Burden of disease and implications for prevention. *International Journal of Surgery* 10 (2012) 611e617.

- [27]. **Ali Kocyigit, Mustafa Serinken, Zumrut Ceven et al.** A strategy to optimize CT use in children with mild blunt head trauma utilizing clinical risk stratification; Could we improve CT use in children with mild head injury? *Clinical Imaging* 38. 2014 ; 236–240.
- [28]. Alexander M. Wood et al. The epidemiology of sports-related fractures in adolescents. *Injury, Int. J. Care Injured* 41 (2010) 834-838.
- [29]. **Maria Giannotti, Ban Al-Sahab, Steve McFaull, et al.** Epidemiology of acute head injuries in Canadian children and youth soccer players. *Int. J. Care Injured* 41. **2010**; 907–912 .
- [30]. B. LEBEU. Les accidents domestiques responsables de l'hospitalisation d'enfants au CHU de Nantes en 2002: Mieux connaître pour mieux prévenir. [Thèse de doctorat en médecine]. Université de Nantes, Faculté de médecine; 2004.
- [31]. WHO. Injury: a leading cause of the global burden of disease, 2000. Geneva: WHO, 2002.
- [32]. WHO. The injury chartbook: a graphical overview of the global burden of injuries. Geneva: WHO, 2002.

- [33]. WHO. Child and adolescent injury prevention: a WHO plan of action. Geneva: WHO, 2006.

- [34]. Vincenten J. Priorities for child safety in the European Union: agenda for action. Amsterdam: ECOSA, 2004.

- [35]. Runyan CW, Perkis D, Marshall SW, et al. Unintentional injuries in the home in the U.S.: part II: morbidity. Am J Prev Med 2005;28:80.

- [36]. Agran PF, Anderson C, Winn D, et al. Rates of Pediatric injury by 3-month intervals for children 0 to 3 years of age. Pediatrics 2003;111(6 Pt1):e683–693.

- [37]. Owens JA. Sleep medicine. In: Behrman RE, Kliegman RM, e Jenson HB, editors. Nelson Textbook of Pediatrics. Philadelphia: Saunders; 2004. p. 91–100.

- [38]. Rabiais S, Baltazar N, Contreiras T. ADELIA 2005 – Acidentes Domésticos e de Lazer: Informação Adequada. s.l.: Observatório Nacional de Saúde, Instituto Ricardo Jorge.

- [39]. Freeman MD, Eriksson A, Leith W. Head and neck injury patterns in fatal falls: Epidemiologic and biomechanical considerations. J Forensic Leg Med 2014;21: 64e70.
- [40]. Wang Michael Y, Anthony Kim K, Griffith Pamela M, et al. Injuries from falls in the pediatric population: an analysis of 729 cases. J Pediatr Surg 2001;36(10):1528e34.
- [41]. S. Kafadar, H. Kafadar / Journal of Forensic and Legal Medicine 31 (2015) 52e55
- [42]. Thierauf A, Preuß J, Lignitz E, et al. Retrospective analysis of fatal falls. Forensic Sci Int 2010;198:92e6.
- [43]. Goren S, M, Tırasci Y, Gürkan F et al. Fatal falls from heights in and Around Diyarbakır, Turkey. Forensic Sci Int 2003;137:37e40.
- [44]. Dickinson A, Roberts M, Kumar A, et al. Falls from height: injury and mortality. J R Army Med Corps 2012;158(2):123e7.

- [45]. Kalache A, Fu D, Yoshida S. WHO Global Report on Falls Prevention in Older Age. In: Salas-Rojas C editor Department of Aging and Life Course, Geneva, World Health Organization, 2007.
- [46]. Lallier M, Bouchard S, St-Vil D, et al. Falls from heights among children: a Retrospective review. *J Pediatr Surg* 1999;34(7):1060e3.
- [47]. R. IDYAHYA. Le traumatisme crânien chez l'enfant: Profil épidémiologique [Thèse de doctorat en médecine]. Rabat: Université Mohamed V; Faculté de médecine et de pharmacie; 2016.
- [48]. **Segui-Gomez M, Mackenzie EJ** . Measuring the public health impact of injuries. *Epidemiol Rev.* **2003** ; 25 (1) : 3-19.
- [49]. Lorton F, Levieux K, Hamel O, et al, et le groupe francophone de réanimation et urgences pédiatriques. New recommendations for the management of children after minor head trauma. *Arch Pediatr.* **2014**;21(7):790-6.
- [50]. **Faul M, Xu L, Wald MM , et al.** Traumatic brain injury in the United States : emergency department visits, hospitalizations and deaths 2002-2006. US Department of health and Human Services. Center for Disease control and prevention. **2010**] .

- [51]. Cassidy JD, Carroll LJ, Peloso PM, et al. Incidence, risk factors and prevention of mild traumatic brain injury: results of the WHO Collaborating Centre Task Force on Mild Traumatic Brain Injury. *Journal of Rehabilitation Medicine* 2004;43(Suppl.):28–60.

- [52]. Feigin VL, Theadom A, Barker-Collo S, et al. Incidence of traumatic brain injury in New Zealand: a population-based study. *Lancet* 2013;12:53–64.

- [53]. Kirkwood MW, Yeates KO, Taylor HG, et al. Management of paediatric mild traumatic brain injury: a neuropsychological review from injury through recovery. *Clinical Neuropsychology* 2008;22: 769–800.

- [54]. HawleyCA, WardAB, LongJ, et al. Prevalence of traumatic brain injury amongst children in one health district: a population-based study. *Injury* 2003; 34:256–60.

- [55]. **Masson F, Salmi LR, Maurette P, et al.** Characteristics of head trauma in children: epidemiology and a 5-year follow-up. *Arch Pediatr* **1996**; 3:651–60.

- [56]. **Kendrick D. MSc, DM Michael C. Watson, MPH PhD, et al.** Preventing Childhood Falls at Home Meta-Analysis and Meta-Regression. *Am J Prev Med* **2008**;35(4):370–379.
- [57]. **Fayol P, Carrière H , Habonimana D, et al.** Preliminary questions before studying mild traumatic brain injury outcome. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine*.**2009**; 52: 497-509.
- [58]. **Bruce DA.** Pediatric coma scale? Commentary. *Pediatr Trauma Acute Care*. **1988**: 9-10.
- [59]. **Teasdale G, et coll.** Assessment and prognosis of coma after head injury. *Acta Neurochir (Wien)*. **1976** ;34(1-4):45-55.
- [60]. **B. Llanas, L. Pedespan, P. Pillet, et al.** Traumatismes crâniens bénins chez l'enfant pris en charge aux urgences pédiatriques. *Congrès de Lille* Mai **2000**.
- [61]. **Reilly PL, et al.** Assessing the conscious level in infants and youngchildren: a paediatric version of the Glasgow Coma Scale. *Childs Nerv Syst*, **1988**. 4(1): p. 30-3.

- [62]. **E. Jehlé, D. Honnart, C. Grasleguen, et al.** Traumatisme crânien léger (score de Glasgow de 13 à 15) : triage, évaluation, examens complémentaires et prise en charge précoce chez le nouveau-né, l'enfant et l'adulte. *Ann. Fr. Med. Urgence.* **2012** ; 2:199-214.
- [63]. **Carroll LJ, et al.**, Systematic search and review procedures: results of the WHO Collaborating Centre Task Force on Mild Traumatic Brain Injury. *J Rehabil Med*, **2004**(43): p. 11-4.
- [64]. Ecole Nationale de la Santé Publique, Rennes. Accidents de la vie courante. ENSP – Module interprofessionnel de santé publique – 2002.
- [65]. **OUBEJJA H., Zerhouni H., Erraji M., et al.** Accidents de la vie courante secondaires à des chutes entraînant une hospitalisation. *International Journal of Innovation and Applied Studies.* 2 Jul. **2015**, pp. 355-363.
- [66]. Erik M Hedstrom et al. Epidemiology of fractures in children and adolescents. Increased incidence over the past decade: a population-based study from northern Sweden. *Acta Orthopaedica* 2010; 81 (1): 148-153
- [67]. R. GACEM. Les fractures de l'enfant en rapport avec les accidents de la vie courante (a propos de 567 cas); [Thèse de doctorat en médecine]. Rabat: Université Mohamed V; Faculté de médecine et de pharmacie; 2015.

- [68]. Andrew D Stark, George C Bennet, David H Stone et al. Association between childhood fractures and poverty: Population based study. BMJ VOLUME 324 23 FEBRUARY 2002 bmj.com.
- [69]. Mehlman CT, Strub WM, Roy DR et al. The effect of surgical timing on the perioperative complications of treatment of supracondylar humeral fractures in children. J Bone Joint Surg Am 2001; 83: 323-7.
- [70]. Ljungberg E, Rosberg HE, Dahlin LB. Hand injuries in young children. J Hand Surg [Br] 2003;28:376–80.
- [71]. World Health Organization. Deaths estimates for 2008 by cause for WHO Member States. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2011.
- [72]. Peden MM, Oyebite K, Ozanne-Smith J, et al. World report on child injury prevention. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2008.
- [73]. Peck MD. Epidemiology of burns throughout the world. Part I. Distribution and risk factors. Burns 2011;37(7):1087–100.
- [74]. Burd A, Yuen C. A global study of hospitalized paediatric burn patients. Burns 2005;31(4):432–8.

- [75]. D'Souza AL, Nelson NG, McKenzie LB. Pediatric burn injuries treated in US emergency departments between 1990 and 2006. *Pediatrics* 2009;124(5):1424–30.
- [76]. Wasiak J, Spinks A, Ashby K, et al. The epidemiology of burn injuries in an Australian setting, 2000–2006. *Burns* 2009;35(8):1124–32.
- [77]. Child Accident Prevention Trust. The cost of burns; 2013, Available from: <http://www.makingthelink.net/tools/costs-child-accidents/costs-burns> [accessed 29.05.13].
- [78]. Verey F, et al. When do children get burnt?. *Burns* (2014), <http://dx.doi.org/10.1016/j.burns> 2014.01.010
- [79]. Mashreky SR, Rahman A, Chowdhury SM, et al. Epidemiology of childhood burn: yield of largest community based injury survey in Bangladesh. *Burns* 2008;34:856–62.
- [80]. Sakallioğlu AE, Basaran O, Tarim A, et al. Burns in Turkish children and adolescents: nine years of experience. *Burns* 2007;33:46–51.
- [81]. Parbhoo A, Louw QA, Grimmer-Somers K. Burn prevention programs for children in developing countries require urgent attention: a targeted literature review. *Burns* 2010;36:164–75.

- [82]. Forjuoh SN. Burns in low- and middle-income countries: a review of available literature on descriptive epidemiology, risk factors, treatment, and prevention. *Burns* 2006;32:529–37.
- [83]. Dissanaïke S, Rahimi M. Epidemiology of burn injuries: highlighting cultural and socio-demographic aspects. *Int Rev Psychiatr* 2009;21:505–11.
- [84]. Al-Shehri M. The pattern of paediatric burn injuries in Southwestern Saudi Arabia. *West Afr J Med* 2004;23:294–9.
- [85]. Bessey PQ, Arons RR, Dimaggio CJ, et al. The vulnerabilities of age: burns in children and older adults. *Surgery* 2006;140:705–15.
- [86]. Sharma PN, Bang RL, Al-Fadhli AN, et al. Paediatric burns in Kuwait: incidence, causes and mortality. *Burns* 2006;32:104–11.
- [87]. Elkafssaoui S, Tourabi K, Bouaiti E, et al. Epidemiological analysis of burn patients in the military hospital, Rabat, Morocco. *Ann Burns Fire Disasters* 2011;24:115–9.

- [88]. Carsin H., Le Béver H., Bargues L., et al. Brûlure. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Médecine d'urgence, 25-030-D-40, 2007.
- [89]. S. Pannier et al. / Chirurgie de la main 32S (2013) S39–S45
- [90]. Doraiswamy NV, Baig H. Isolated finger injuries in children—incidence and aetiology. *Injury* 2000;31:571–3.
- [91]. Salazard B, Launay F, Desouches C, et al. Les traumatismes des phalanges distales chez l'enfant. À propos d'une série de 81 cas avec un recul minimum de un an. *Rev Chir Orthop Reparatrice Appar Mot* 2004;90:621–7.
- [92]. Ljungberg E, Rosberg HE, Dahlin LB. Hand injuries in young children. *J Hand Surg [Br]* 2003;28:376–80.
- [93]. Vadivelu R, Dias JJ, Burke FD, et al. Hand injuries in children: a prospective study. *J Pediatr Orthop* 2006;26:29–35.
- [94]. H. Oubejja, R. Gacem, T. Lafia et al. Les fractures des extrémités en rapport avec des accidents de la vie courante chez l'enfant : Profil épidémiologique. ISSN 2028-9324 Vol. 16 No. 2 Jun. 2016, pp. 233-240
<http://www.ijias.issr-journals.org/>

Serment d'Hippocrate

Au moment d'être admis à devenir membre de la profession médicale, je m'engage solennellement à consacrer ma vie au service de l'humanité.

- *Je traiterai mes maîtres avec le respect et la reconnaissance qui leur sont dus.*
- *Je pratiquerai ma profession avec conscience et dignité. La santé de mes malades sera mon premier but.*
- *Je ne trahirai pas les secrets qui me seront confiés.*
- *Je maintiendrai par tous les moyens en mon pouvoir l'honneur et les nobles traditions de la profession médicale.*
- *Les médecins seront mes frères.*
- *Aucune considération de religion, de nationalité, de race, aucune considération politique et sociale ne s'interposera entre mon devoir et mon patient.*
- *Je maintiendrai le respect de la vie humaine dès la conception.*
- *Même sous la menace, je n'userai pas de mes connaissances médicales d'une façon contraire aux lois de l'humanité.*
- *Je m'y engage librement et sur mon honneur.*

قسم أبقراط

بسم الله الرحمن الرحيم

أقسم بالله العظيم

في هذه اللحظة التي يتم فيها قبولي عضوا في المهنة الطبية أتعهد علانية:

- أنا أكرس حياتي لخدمة الإنسانية.
- وأن أحترم أساتذتي وأعترف لهم بالجميل الذي يستحقونه.
- وأن أمارس مهنتي بوانزع من ضميري وشر في جاعلا صحة مريض هدي في الأول.
- وأن لا أفشي الأسرار المعهودة إلي.
- وأن أحافظ بكل ما لدي من وسائل على الشرف والتقاليد النبيلة لمهنة الطب.
- وأن أعتبر سائر الأطباء إخوة لي.
- وأن أقوم بواجبي نحو مرضاي بدون أي اعتبار ديني أو وطني أو عرقي أو سياسي أو اجتماعي.
- وأن أحافظ بكل حزم على احترام الحياة الإنسانية منذ نشأتها.
- وأن لا أستعمل معلوماتي الطبية بطريق يضر بحقوق الإنسان مهما لاقيت من تهديد.
- بكل هذا أتعهد عن كامل اختياري ومقسما بشري في.

والله على ما أقول شهيد .

**المظاهر الوبائية لحوادث الحياة
اليومية عند الأطفال
(بصدد 1342 حالة)**

أطروحة

قدمت ونوقشت علانية يوم :

من طرفه

السيد: ناصر دوكوري

المزدد في: 08 يونيو 1990 بواكادوكو

من المدرسة الملكية لمصلحة الصحة العسكرية - الرباط

لنيل شهادة الدكتوراه في الطب

الكلمات الأساسية: إصابة - حوادث - الحياة اليومية - الطفل - علم الأوبئة.

تحت إشراف اللجنة المكونة من الأساتذة

رئيس

مشرفة

أعضاء

السيد: فؤاد الطيبي

أستاذ في جراحة الأطفال

السيدة: هدى أوبجة نبوي

أستاذة في جراحة الأطفال

السيد: طارق المدحي

أستاذ في جراحة الأطفال

السيد: هشام زرهوني

أستاذ في جراحة الأطفال

السيد: منير الراجي

أستاذ في جراحة الأطفال